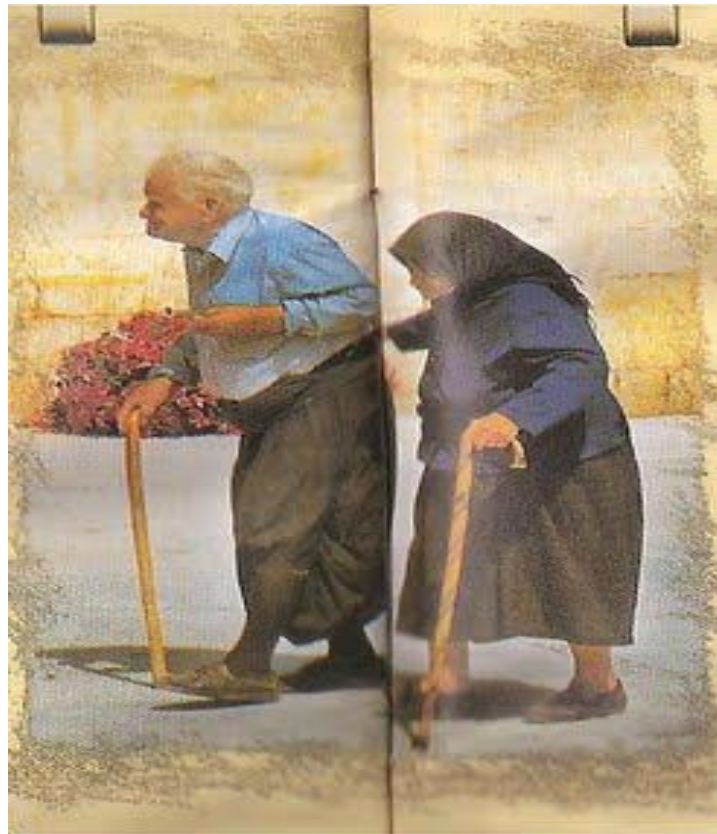




**Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΙΓΙΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ
ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**



Σπουδαστής: Βενιζέλος Ιωάννης

Εισηγητής: Σταθόπουλος Χρήστος

2011

Ευχαριστώ θερμά τον καθηγητή κ. Σταθόπουλο Χρήστο για την στήριξη που μου παρείχε καθώς και τον καθηγητή κ. Πατούχα Δημήτριο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
Περίληψη.....	4
Κεφάλαιο 1	
1.1.Ορισμός της τρίτης ηλικίας.....	5
1.2.Χαρακτηριστικά του γήρατος.....	7
Κεφάλαιο 2	
2.1.Τρόποι αντιμετώπισης ατυχημάτων-πρώτες βοήθειες.....	9
Κεφάλαιο 3	
	Ατυχήματα
3.1.Πτώσεις.....	13
1.a.Αποτελέσματα πτώσεων-πρώτες βοήθειες.....	19
3.2.Αιμορραγίες.....	28
2.a.Βαριά αιμορραγία.....	29
2.b.Εσωτερική αιμορραγία.....	29
2.c.Ρινορραγία.....	30
2.d.Αιμορραγία από το αυτί.....	30
2.e.Εγκεφαλική αιμορραγία.....	31
3.3.Δηλητηριάσεις.....	32
3.a.Ειδικές περιπτώσεις δηλητηριάσεων.....	36
3.4.Επιδράσεις της θερμότητας.....	41
4.a.Θερμοπληξία-πρώτες βοήθειες.....	41
4.b.Υποθερμία-πρώτες βοήθειες.....	43
4.c.Κρυοπαγήματα.....	45
3.5.Ηλεκτροπληξία.....	46
3.6. Εγκαύματα.....	48
6.a.Εγκαύματα από τον ήλιο.....	49
3.7. Πνιγμός.....	50
3.8. Πνιγμονή και πρώτες βοήθειες.....	56
3.9.Εμφραγμα.....	57
3.10.Λιποθυμία.....	59
3.11.Κατάσταση σοκ.....	61
3.12.Τροχαία ατυχήματα.....	63
Κεφάλαιο 4	
4.1.Πρόληψη ατυχημάτων.....	65
4.2.Ενδεικτικό πρόγραμμα ασκήσεων.....	66
4.3.Πρόληψη ατυχημάτων στο σπίτι.....	74
Συμπέρασμα.....	78

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κάθε χρόνο υπολογίζεται ότι περίπου το 10% του συνολικού πληθυσμού ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών θα δεχτούν τη φροντίδα ενός γιατρού, λόγω ενός τραυματισμού. Οι πτώσεις αποτελούν την κύρια αιτία τραυματισμού των ηλικιωμένων ατόμων, ενώ ακολουθούν τα τροχαία ατυχήματα, τα εγκαύματα και οι τραυματισμοί από φωτιά, οι πνιγμοί και οι δηλητηριάσεις.

Στην Ευρώπη των 27 και των χωρών της ΕΟΖ (Ευρωπαϊκής Οικονομικής Ζώνης), ετησίως περίπου 100.000 ηλικιωμένα άτομα θα χάσουν τη ζωή τους εξαιτίας ενός τραυματισμού. Οι μισοί σχεδόν από τους θανάτους αυτούς θα οφείλονται σε πτώσεις. Από τους ηλικιωμένους που θα υποστούν έναν τραυματισμό, οι περισσότεροι θα επιζήσουν. Ένας σοβαρός τραυματισμός, ωστόσο, μπορεί να οδηγήσει σε βραχεία ή και σε μακροπρόθεσμη φυσική αναπηρία, εκδήλωση άγχους ή και κατάθλιψης, απώλεια της εμπιστοσύνης στον εαυτό και κοινωνική απομόνωση.

Εκτός από το υψηλό κόστος στην ποιότητα της ζωής του ατόμου, η θεραπεία και η αποκατάσταση των τραυματισμών απορροφά μεγάλο μέρος των συνολικών δαπανών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Είναι γεγονός ότι πολλοί τραυματισμοί ηλικιωμένων ατόμων μπορούν να προληφθούν με την υιοθέτηση και την εφαρμογή μιας σειράς καλών πρακτικών που μπορεί να στοχεύουν στην αύξηση της ενημερότητας του γενικού πληθυσμού για το μέγεθος του προβλήματος των τραυματισμών των ατόμων της τρίτης ηλικίας, στην προαγωγή ασφαλών συμπεριφορών μέσα από εκπαίδευση καθώς και στη δημιουργία ή/και την τροποποίηση υποδομών στους χώρους όπου ζουν και κινούνται οι ηλικιωμένοι. Τα πιο θετικά αποτελέσματα συνήθως προκύπτουν από έναν συνδυασμό τέτοιων προληπτικών μέτρων και πρακτικών.

Επίσης η σπουδαιότητα της γνώσης των πρώτων βοηθειών είναι προφανής εάν αναλογιστούμε ότι στην Ευρώπη συμβαίνουν 100 εκατομμύρια περίπου έκτακτα περιστατικά σε ετήσια βάση. Επιπλέον οι Ευρωπαίοι πολίτες στις μέρες μας καλούνται να αντιμετωπίσουν τις λεγόμενες σύγχρονες απειλές, όπως τα τεχνολογικά ατυχήματα, την αύξηση των τροχαίων, εργατικών ατυχημάτων, καρδιακών επεισοδίων καθώς και ατυχήματα που προκύπτουν από τον ολοένα αυξανόμενο αριθμό των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑ

Το γήρας είναι μία έννοια χρονολογική με έναρξη συμβατικά καθορισμένη και διαφορετική στις διάφορες εποχές.

Ο Πυθαγόρας ξεχώριζε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η κάθε μία, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0- 20 ετών, η εφηβεία ή καλοκαίρι από 20- 40 ετών, η νεότητα ή φθινόπωρο από 40- 60 ετών και τα γηρατειά ή χειμώνας από 60- 80 ετών, ενώ ο Αριστοτέλης εντοπίζει τη φυσική ωριμότητα στα 35 και την πνευματική στα 49 .(Πουλοπούλου-Εμκε 1999).

Το γήρας ως φυσική- βιολογική ακολουθία συνδύαζε πάντα ένα μείγμα αντιλήψεων, στάσεων και αισθημάτων. Το μυστήριο αλλά και κακό συνάμα της φυσικής και της πνευματικής παρακμής συνυπήρχε πάντα με το σεβάσμιο ,σοφό και αγαθό ,αλλά και την περιφρόνηση και του κακού ριζικού που προκαλούσε η τελευταία ηλικιακή φάση της ζωής. (Λοΐζου, 1993).

Από την άλλη πλευρά, η κοινωνική πρόσληψη της έννοιας της γήρανσης υπερβαίνει τη βιολογική διάσταση και συσχετίζεται άμεσα με την κοινωνική θέση αλλά και το φύλο του καθενός. Εξαρτάται, επίσης, και από την ιστορική περίοδο και την ετοιμότητα της κοινωνίας για την αποδοχή των ηλικιωμένων.(Μουσιδής 1998)

Οι παραδόσεις και οι κρατούσες αξίες, οι κανόνες δικαίου και οι εκάστοτε ηλικιακές χρονικές οριοθετήσεις, καθώς και οι κοινωνικές/ταξικές διαφοροποιήσεις, προσδίδουν κάθε φορά και ένα καινούριο περιεχόμενο στην έννοια του γήρατος, διαμορφώνοντας ταυτόχρονα και το πλαίσιο της στάσης της κοινωνίας έναντι των γερόντων. (Mitterauer et al., 1977).

Το 60^ο έτος αποτελεί σημείο μετάβασης στην τρίτη ηλικία. Άτομα άνω των 80 εντάσσονται στην τέταρτη ηλικία. Σε παγκόσμιο επίπεδο σημειώνεται σταδιακή αύξηση αριθμού ατόμων 3^{ης} και 4^{ης} ηλικίας και σταδιακή μείωση του αριθμού των ατόμων παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Οι Έλληνες αποτελούν τον 2^ο πιο γερασμένο πληθυσμό σε παγκόσμιο επίπεδο.

Ο ακριβής αριθμός των ηλικιωμένων στην δυτική κοινωνία έχει αυξηθεί δραματικά κατά την διάρκεια του αιώνα μας. Στις μέρες μας, ο μέσος όρος αναλογίας των ηλικιωμένων καθ' όλη την έκταση του κόσμου είναι περίπου 4%, ενώ στην Ευρώπη ο μέσος όρος είναι περίπου 14%. Το φαινόμενο αυτό έχει περιγραφεί ως <<αποτέφρωση των εθνών>>.

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ίσως την πλειοψηφία της παγκόσμιας κοινότητας, αφού σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα, ο αριθμός των ατόμων άνω των 65 ετών αυξάνεται κατά 6 φορές περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό της γης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μέχρι το 2020 οι ηλικιωμένοι θα ξεπερνούν το 1 δισεκατομμύριο και μέχρι το 2050 θα καταλαμβάνουν το 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού.

Λόγω της αύξησης των ηλικιωμένων ατόμων και των ηλικιωμένων ανθρώπων με αναπηρίες τοποθέτησε το θέμα της γήρανσης περισσότερο από ποτέ πολύ ψηλά στην

Ευρωπαϊκή ατζέντα. Οι ευρωπαϊκές κοινότητες χαρακτηρίζονται από μια αυξανόμενη αναλογία ηλικιωμένων και υπερήλικων πολιτών. Προβλέπεται ότι, για τις επόμενες δεκαετίες στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, θα συνεχιστεί η αύξηση στο προσδόκιμο όριο ζωής, ενώ παράλληλα θα έχουμε μια μείωση στα ποσοστά γεννητικότητας.

Οι δημογράφοι υπολογίζουν ότι μέχρι το 2050 το ποσοστό της ομάδας πληθυσμού άνω των 60 θα φθάσει στην Ευρώπη στο 37%. Ανάμεσα στην ομάδα αυτή του πληθυσμού θα υπάρξει σημαντική αύξηση του αριθμού των ατόμων που θα ζουν πάνω από 80 και ακόμα περισσότερο, που σημαίνει ότι θα εντάσσονται στην κατηγορία των υπερήλικων. Ενώ σήμερα τα άτομα αυτά αποτελούν το 7,5% του ευρωπαϊκού πληθυσμού, μέχρι το 2050 τα περισσότερα κράτη-μέλη της Ε.Ε θα έχουν τουλάχιστον 14,4% του πληθυσμού τους άνω των 80 ετών.(Ελένη Θεοδοσοπούλου, Βασίλειος Ραφτόπουλος)

Η γήρανση του πληθυσμού είναι, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα και συνάμα μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της ανθρωπότητας. Αυτό το φαινόμενο έχει περιγραφεί σαν «μια πτώση στην αναλογία παιδιών και νέων και αύξηση στην αναλογία των ατόμων άνω των 60».

Παρόλο που αυτή καθ' αυτή η ικανότητα των ατόμων να φτάσουν σταδιακά σε μεγάλη ηλικία είναι πολύ σημαντικό, καθίσταται επιτακτική η αυξανόμενη μακροβιότητα να ανταποκρίνεται στη «θετική γήρανση».

Αυτό σημαίνει να παραμένουμε υγιείς, ενεργοί στην κοινότητα και να αναλαμβάνουμε τις ευκαιρίες που διατίθενται στην Τρίτη ηλικία. Πρέπει δηλαδή με σεβασμό προς την Τρίτη ηλικία, να δοθεί προτεραιότητα στις έννοιες της υγείας και της ενεργούς γήρανσης. Η προώθηση των θετικών προοπτικών μέσα από στρατηγικές για δραστήρια γήρανση μπορούν να αποτελέσουν μια επιπρόσθετη αξία και όφελος τόσο για το άτομο, όσο και για την κοινωνία γενικότερα.(Συμεωνίδου Χ. 1996)

Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών καθιέρωσε την 1^η Οκτωβρίου ως Παγκόσμια ημέρα για την Τρίτη ηλικία, στοχεύοντας στην ευαισθητοποίηση των κρατικών μηχανισμών και της κοινής γνώμης στις ανάγκες και τα προβλήματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και στην προώθηση της στρατηγικής του Ο.Η.Ε για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, η οποία συνιστάται στις αρχές της ανεξαρτησίας, της κοινωνικής συμμετοχής, της φροντίδας, της προσωπικής πληρότητας και της αξιοπρέπειας. Προς την κατεύθυνση αυτή στοχεύει και το ευρωπαϊκό πρόγραμμα E.U.N.E.S.E(Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Ασφάλεια των Ηλικιωμένων Ατόμων) που αποτελεί μια πρωτοβουλία του Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (Κ.Ε.Π.Α), του Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής σχολής Αθηνών, στο πλαίσιο του προγράμματος Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο κύριος στόχος του E.U.N.E.S.E, στο οποίο συμμετέχουν 31 εταίροι από 23 κράτη μέλη της Ε.Ε, συνίσταται στην προαγωγή της ασφάλειας και της ευεξίας των πολιτών της τρίτης ηλικίας, κυρίως μέσα από τη συστηματική και συντονισμένη προσπάθεια προαγωγής των ατυχημάτων και των τραυματισμών.

Είναι γεγονός ότι πολλοί τραυματισμοί ηλικιωμένων ατόμων μπορούν να προληφθούν με την υιοθέτηση και την εφαρμογή μιας σειράς καλών πρακτικών που μπορεί να στοχεύουν στην αύξηση της ενημερότητας του γενικού πληθυσμού για το μέγεθος του προβλήματος των τραυματισμών των ατόμων της τρίτης ηλικίας, στην προαγωγή ασφαλών συμπεριφορών μέσα από εκπαίδευση καθώς και στην δημιουργία ή και την τροποποίηση υποδομών στους χώρους όπου ζουν και κινούνται οι ηλικιωμένοι. Τα πιο θετικά αποτελέσματα συνήθως προκύπτουν από έναν συνδυασμό τέτοιων προληπτικών μέτρων και πρακτικών.

Η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου.

Ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης ποικίλει τόσο από άτομο σε άτομο, όσο και στα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου του ατόμου. Η πραγματικότητα αυτή καθιστά αυθαίρετη κάθε προσπάθεια καθορισμού χρονολογικής ηλικίας έναρξης των μεταβολών λόγω γήρανσης. Αναγνωρίζοντας ότι οι διάφορες ψυχοσωματικές, κοινωνικές και οικονομικές διαφοροποιήσεις που χαρακτηρίζουν την τρίτη ηλικία αποτελούν μια ατέρμονη διαδικασία, ο όρος γήρανση μπορεί να θεωρηθεί ως απόλυτα επιτυχής.

Βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης σύμφωνα με τον Hayflick είναι οι εξής:

- Η κληρονομικότητα
- Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
- Η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά
- Η ψυχοσύνθεση του ατόμου
- Η υγιεινή διαβίωση

Οι περισσότεροι επιστήμονες, που ασχολούνται με την φυσιολογία και την βιολογία της γήρανσης, συμφωνούν ότι, κατά πάσα πιθανότητα, δεν υφίσταται μία και μόνο θεωρία, που να ερμηνεύει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης. (Rubinstein, 1990)

1.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η μεγάλη πλαστικότητα που παρουσιάζει. Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις στη βιολογική θεωρία του γήρατος, όλες όμως συμπιπτουν στο ότι υπάρχει μια γενετική βάση ως προς το μέγιστο όριο ζωής, που είναι χαρακτηριστικό για το κάθε είδος. Παρόλο τον καθορισμένο ρόλο που παίζουν τα βιολογικά φαινόμενα στο γήρας υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία και πλαστικότητα μεταξύ ατόμων (Filipp, 1987). Ένα άλλο χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η υποκειμενικότητά του. Οι βιολογικές διαδικασίες βιώνονται από τα άτομα αλλά και από ολόκληρες πολιτισμικές ομάδες διαφορετικά.

Άλλο χαρακτηριστικό των γηρατειών είναι η ελάττωση της ζωτικότητας και της αποδοτικότητας των κυττάρων στα διάφορα όργανα, που δε γίνεται σύγχρονα και παράλληλα σε όλα. Άλλοτε γερνά πρώτα το μυαλό ενώ των άλλων οργάνων η ικανότητα διατηρείται πολύ καλά και άλλοτε πρώτα η καρδιά ή τα πόδια, ή οι σφιγκτήρες, ή άλλη λειτουργία. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999).

Είναι γεγονός, ότι οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόδραστες, ισχύουν για όλους τους ανθρώπους και είναι μη αναστρέψιμες.

Μερικά χαρακτηριστικά του γήρατος είναι τα παρακάτω (Lemme, 1995):

- α) Είναι μία πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου.
- β) Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη συμβεί.

- γ) Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.
- δ) Είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
- ε) Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες.
- στ) Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δε μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- ζ) Είναι καθολικό, δηλαδή εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους.
- η) Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δε μπορεί αν ανασταλεί η πορεία του.
- θ) Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
- ι) Καταλήγει στο θάνατο.

Ο άνθρωπος με την πάροδο του χρόνου υφίσταται μια φυσιολογική φθορά στα όργανα που αποτελούν τον οργανισμό του, που αφορά τη σύσταση, τη μορφολογία των κυττάρων, ιστών κ.λπ.

Ο ρυθμός γήρανσης διαφέρει σε κάθε άτομο και κάθε οργανικό σύστημα. Με την πάροδο της ηλικίας μειώνεται η φυσική δραστηριότητα και παρατηρούνται μεταβολές σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).

Στο **Νευρικό σύστημα** παρατηρείται μείωση του αριθμού νευρικών κυττάρων, της αιματικής ροής και οξυγόνωσης του εγκεφάλου, μείωση των νοητικών λειτουργιών και ικανοτήτων.

Στο **μυϊκό σύστημα** παρατηρείται μείωση της μυϊκής μάζας (σαρκοπενίας της μυϊκής λειτουργικής ικανότητας, δύναμης, αντοχής, ισχύς και ελαστικότητας), του μυϊκού τόνου και μεταβολές του μήκους των μυών.

Στο **ερειστικό σύστημα** παρατηρείται μείωση της οστικής μάζας, του μεσάρθριου διαστήματος, γίνονται λεπτότεροι οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι, μειώνεται το συνολικό ύψος και εμφανίζεται ελαφρά κύφωση.

Κινητικά εμφανίζεται δυσκολία εκτέλεσης καθημερινών λειτουργικών δραστηριοτήτων, ιδιόρρυθμο βάδισμα και αυξημένος αριθμός πτώσεων.

Στο **αναπνευστικό σύστημα** παρατηρείται εξασθένιση αναπνευστικών μυών, μείωση της ελαστικότητας των πνευμόνων, μείωση του αριθμού και αύξηση του μεγέθους των κυψελίδων, μείωση της έντασης του βήχα, μείωση του όγκου του οξυγόνου και μεταβολές πνευμονικών όγκων.

Στο **κυκλοφορικό σύστημα** παρατηρείται αύξηση του μεγέθους της καρδιάς, μείωση του αυτοματισμού του φλεβόκομβου, μείωση του όγκου παλμού, αύξηση της διάρκειας καρδιακής συστολής και μείωση της ελαστικότητας των αγγείων.

Λόγω της παραπάνω φθοράς των οργάνων παρατηρούνται αρκετά ατυχήματα στην Τρίτη ηλικία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

2.1. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ - ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ



Πρώτη Βοήθεια είναι η άμεση και προσωρινή φροντίδα που παρέχεται στο θύμα ενός ατυχήματος ή σε κάποιον που αρρώστησε ξαφνικά, μέχρι την μεταφορά του στο Νοσοκομείο. (Filippo Medina, 1998)

Σκοπός μας είναι η διατήρηση της ζωής, η πρόληψη της επιδείνωσης της κατάστασης, η ανακούφιση από τον πόνο και η βοήθεια για ανάνηψη.

Σπουδαίο ρόλο στην παροχή Πρώτων Βοηθειών παίζει η ψυχραιμία.

Οι πρώτες βοήθειες στα ατυχήματα ποικίλουν ανάλογα με τη φύση του προβλήματος που μετατρέπει έναν υγιή άνθρωπο σε ασθενή, καθώς και ανάλογα με τον τόπο και τις συνθήκες υπό τις οποίες συνέβη το ατύχημα, υπαγορεύοντας και επιβάλλοντας κάθε φορά διαφορετικές πρακτικές και διαδικασίες. (Filippo Medina, 1998)

Λέγεται πως, αν δεν υπάρχει ειδική αντιμετώπιση και κάποια ιδιαίτερη εμπειρία, οι πρώτες βοήθειες, τις περισσότερες φορές, αφορούν μια σειρά από γρήγορες ενέργειες, ανώφελες στην καλύτερη περίπτωση, ενώ συχνά χειροτερεύουν την κατάσταση του θύματος που υπέστη το ατύχημα. (Filippo Medina, 1998)

Από αυτές τις σκέψεις βγαίνει το πρώτο συμπέρασμα: αν πρέπει να αντιμετωπίσουμε ένα επείγον περιστατικό και δε γνωρίζουμε έστω και ελάχιστα πώς πρέπει να συμπεριφερθούμε, είναι καλύτερα να μην κάνουμε τίποτα και να επιδιώξουμε, αντίθετα, τη συνδρομή άλλων, περισσότερο προετοιμασμένων και κυρίως των φορέων εκείνων που είναι οι πλέον αρμόδιοι για τα επείγοντα περιστατικά (νοσοκομείων, αστυνομίας, πυροσβεστικής). (Filippo Medina, 1998)

Εκτίμηση της κατάστασης του θύματος

Πάντα να ενεργείτε βάσει σχεδίου, έχοντας στο μυαλό σας τις βασικές ενέργειες που πρέπει να εφαρμόσετε σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. (Filippo Medina, 1998)

- Φροντίστε για την ασφάλειά τη δική σας καθώς και του θύματος.
- Αξιολογείστε την κατάσταση του θύματος. (Αν έχει τις αισθήσεις του, αν αναπνέει, αν έχει σφυγμό).
- Ζητήστε Βοήθεια.
- Καλέστε το 166 αν χρειάζεται.

Σειρά παροχής Πρώτων Βοηθειών



Πριν προχωρήσετε στην παροχή Πρώτων Βοηθειών πρέπει πρώτα να διαπιστώσετε το πρόβλημα, στη συνέχεια να σκεφτείτε τους παράγοντες επιδείνωσης της υπάρχουσας κατάστασης και τέλος να προβείτε σε ενέργειες που θα εξαλείψουν αυτούς τους παράγοντες, δηλ. θα δώσετε τις Πρώτες Βοήθειες. (Dr. A.S. Playfair, 1993)

Διαπίστωση του προβλήματος: Κάθε τραύμα ή ασθένεια εκδηλώνεται με διαφορετικούς τρόπους που μπορεί να βοηθήσουν τη διάγνωσή σας. Οι εκδηλώσεις αυτές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τα συμπτώματα και τις ενδείξεις. (Dr. A.S. Playfair, 1993)

Συμπτώματα: Είναι αυτά που βιώνει ή αισθάνεται ο ασθενής και μπορεί να τα περιγράψει. (Dr. A.S. Playfair, 1993)

Σημεία: Είναι όσα ανακαλύπτετε εσείς με τις αισθήσεις σας (όραση, αφή, ακοή, όσφρηση) κατά τη διάρκεια της παρατήρησης. (Dr. A.S. Playfair, 1993)

Πρόσθετες οδηγίες στην παροχή Πρώτων Βοηθειών.

- Μην μετακινείτε το θύμα, εκτός αν είναι αναγκαίο, για λόγους ασφαλείας.
- Καθησυχάστε το
- Σκεπάστε το και διατηρήστε το ζεστό.
- Καλέστε γιατρό ή ασθενοφόρο.

Οι πρώτες βοήθειες. Οι πρώτες ενέργειες είναι παρόμοιες για πολλά περιστατικά και έτσι μπορούμε να χωρίσουμε τα περιστατικά αυτά σε δυο μεγάλες κατηγορίες όπως εκδηλώνονται στην καθημερινή πρακτική: τα ατυχήματα στο δρόμο και τα ατυχήματα στο σπίτι. (Filippo Medina, 1998)

Ατυχήματα στο δρόμο. Όσοι κυκλοφορούν στο δρόμο συμβαίνει συχνά να υφίστανται τραυματισμούς λόγω των οποίων δεν πρέπει να μετακινηθούν καθόλου από τη θέση που βρέθηκαν. Παρόλα αυτά, αν η θέση του θύματος εγκυμονεί περισσότερους κινδύνους, πρέπει να φροντίσουμε για τη μετακίνηση του, προσέχοντας τον άξονα κεφάλι-λαιμός-κορμός-πόδια, γιατί υπάρχει πάντα η πιθανότητα τραύματος στη σπονδυλική στήλη και κάθε μετακίνηση των

τραυματισμένων μελών μπορεί να προκαλέσει σοβαρή ρήξη στο νωτιαίο μυελό. (Filippo Medina, 1998)

Αφού εξασφαλισθεί η περαιτέρω ασφάλεια του θύματος και αυτών που του παρέχουν τις πρώτες βοήθειες, ο πιο ειδικός απ' όσους βρίσκονται κοντά στο θύμα πρέπει να εξακριβώσει αμέσως κατά πόσο συνεχίζεται η λειτουργία της αναπνοής: με προσοχή, ελέγχει αν ο θώρακας κινείται ακολουθώντας την αναπνοή. (Filippo Medina, 1998)

Αν δεν υπάρχει αναπνοή ή αν διαπιστωθεί πως γίνεται με δυσκολία ή είναι ανεπαρκής, προχωρούμε αμέσως σε τεχνητή αναπνοή.

Πρέπει να έχουμε υπόψη μας πως αρκεί ένα λεπτό ελλειπύς οξυγόνωσης των εγκεφαλικών κέντρων για να πάψει η σωστή λειτουργία τους και πέντε λεπτά για να προκληθούν μη αναστρέψιμες βλάβες. Ο έλεγχος της αναπνοής πρέπει να γίνεται πάντα παράλληλα με τον έλεγχο του σφυγμού, γιατί αν ο τελευταίος απουσιάζει με αποτέλεσμα να έχουμε καρδιακή ανεπάρκεια, πρέπει να προχωρήσουμε σε μαλάξεις της καρδιάς. (Filippo Medina, 1998)

Αφού εξασφαλίσουμε πως η αναπνοή και η καρδιακή λειτουργία βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο, προχωρούμε στον έλεγχο της κατάστασης του κυκλοφοριακού συστήματος. Πολύ συχνά, τα ατυχήματα προκαλούν αιμορραγίες που όσο πιο σοβαρές είναι τόσο πιο γρήγορα πρέπει να αντιμετωπισθούν. Οι αιμορραγίες δεν είναι πάντα ορατές, είτε γιατί τις καλύπτουν τα ρούχα είτε γιατί είναι βαθιές, ακόμα και εσωτερικές. Η επιβράδυνση του σφυγμού και η αυξανόμενη ωχρότητα του θύματος πρέπει να μας κάνουν πάντα να υποψιαζόμαστε αιμορραγία και να αναλαμβάνουμε τα απαραίτητα μέτρα για να τη σταματήσουμε. (Filippo Medina, 1998)

Αν το θύμα διατηρεί τις αισθήσεις του, πρέπει να το καθησυχάσουμε με λίγα αλλά σταθερά λόγια. Μην ξεχνάτε πως τα θύματα που διατηρούν τις αισθήσεις τους διακατέχονται πάντα από φόβο για την ζωή τους. Επίσης δεν ξεχνάμε ποτέ πως ένα θύμα ακόμα κι αν φαίνεται ότι δεν έχει τις αισθήσεις του, μπορεί παρόλα αυτά να καταλάβει το νόημα όσων λέγονται γύρω του και επομένως, σε κάθε περίπτωση, πρέπει να αποφεύγουμε σχόλια που μπορούν να μεγαλώσουν το φόβο του και την ψυχική του ένταση. Τέλος, πρέπει να ελέγξουμε αν υπάρχουν πιθανά κατάγματα ή αν το θύμα βρίσκεται σε κατάσταση καταπληξίας (σοκ). (Filippo Medina, 1998)

Αν υπάρχουν κατάγματα, πρέπει τα μέλη να ακινητοποιηθούν πριν από οποιαδήποτε μετακίνηση. Η καταπληξία, αν δεν υπάρχει ήδη, είναι πάντα κάτι που πρέπει να το φοβόμαστε. Όταν το θύμα βρίσκεται σε τέτοια κατάσταση ή σε κατάσταση προ-προκαταπληξίας καταλαμβάνεται από άγχος: χλομιάζει, κρύνει, διψάει και ο σφυγμός του γίνεται γρήγορος ή αδύναμος. Η καταπληξία μπορεί να εξελιχθεί με επικίνδυνο τρόπο και, αν δεν αντιμετωπισθεί σωστά, μπορεί να οδηγήσει σύντομα στο θάνατο. (Filippo Medina, 1998)

Όταν το θύμα δεν έχει τις αισθήσεις του, πρέπει να το τοποθετήσουμε στην αποκαλούμενη θέση ασφαλείας, δηλαδή, γυρισμένο στο πλάι και κυρίως με το κεφάλι στραμμένο στη μια πλευρά. Μ' αυτό τον τρόπο αποφεύγουμε το γλίστρημα της γλώσσας προς τα πίσω με επικείμενο φράξιμο των αναπνευστικών οδών, καθώς επίσης και την αναρρόφηση από τους βρόγχους και τον πνεύμονα ενδεχόμενου εμετού. Στο μεταξύ έχουμε φροντίσει να χαλαρώσουμε τη γραβάτα του, να ξεκουμπώσουμε το κολάρο του, τη ζώνη, τα κορδόνια των παπουτσιών του και οτιδήποτε εμποδίζει την εύκολη αναπνοή και την κυκλοφορία του αίματος. Αν το θύμα είναι αναίσθητο, πρέπει να αφαιρέσουμε τυχόν οδοντοστοιχία.

Το θύμα ενός ατυχήματος πρέπει πάντα να είναι ζεστό, τυλιγμένο με μια κουβέρτα. Παρ' όλα αυτά φροντίζουμε να μην υπερθερμανθεί, γιατί τόσο το κρύο όσο και η ζέστη ευνοούν την εμφάνιση καταπληξίας. (Filippo Medina, 1998)

Αντίθετα, δεν πρέπει να χορηγήσουμε κανένα υγρό σε αναίσθητο άτομο, όπως δεν πρέπει να του επιτρέψουμε να σηκωθεί και να περπατήσει πριν γίνει σαφές ότι μπορεί να κάνει κάτι τέτοιο χωρίς κίνδυνο.

Όσο για τη μεταφορά του σε νοσοκομείο, είναι καλύτερα να περιμένουμε το ασθενοφόρο ή κάποια άλλη εξειδικευμένη υπηρεσία.

Δεν δοκιμάζουμε ποτέ και για κανένα λόγο να μεταφέρουμε κάποιον τραυματισμένο, βάζοντάς τον να καθίσει στην πίσω θέση του αυτοκινήτου. Αντίθετα, κατάλληλο για μια τέτοια μεταφορά είναι οποιοδήποτε μικρό κλειστό φορτηγάκι όπου μπορεί το θύμα να ξαπλώσει. Φροντίζουμε, βέβαια, στη διάρκεια της μεταφοράς να μην υφίσταται κραδασμούς. (Filippo Medina, 1998)

Πρώτες βοήθειες στο σπίτι. Η ξαφνική εμφάνιση μιας οξείας νόσου ή κάποιο ατύχημα μέσα στο σπίτι θέτουν προβλήματα πρώτων βοηθειών συχνά εξίσου σοβαρά με αυτά που προκαλούν τα ατυχήματα στο δρόμο. Αρκεί να σκεφτεί κανείς το έμφραγμα του μυοκαρδίου, μια ασθματική κρίση, μια δηλητηρίαση.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις, πλεονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι βρισκόμαστε σε οικείο περιβάλλον, ανάμεσα σε πρόσωπα εύκολα αναγνωρίσιμα και προσιτά, ενώ υπάρχει αρκετά συχνά η πιθανότητα να γνωρίζουν τα πρόσωπα αυτά για τι πράγμα ακριβώς πρόκειται. (Filippo Medina, 1998)

Πρώτα απ' όλα δεν πρέπει να χάνουμε την ψυχραιμία μας και να παρασυρόμαστε από τη συγκίνηση που μας προκαλεί το θέαμα κάποιου δικού μας, θύμα ατυχήματος ή ασθeneίας.

Κατά δεύτερον, αφού βεβαιωθούμε για τη σωστή αναπνοή και κυκλοφορία του θύματος πρέπει να φροντίσουμε να το καθησυχάσουμε χωρίς όμως να υποκύψουμε στον πειρασμό να του παρέχουμε πρώτες βοήθειες, οφείλουμε να ζητήσουμε την βοήθεια ατόμων περισσότερο ειδικών.

Τα έκτακτα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται άμεσα, ακόμα και στο οικογενειακό περιβάλλον, είναι διαδοχικά τα εξής (Filippo Medina, 1998) :

- 1) αν δεν υπάρχει αναπνοή, προχωρούμε σε τεχνητή αναπνοή.
- 2) αν έχει σταματήσει η καρδιά, εφαρμόζουμε εξωτερικές καρδιακές μαλάξεις. Πρέπει να θυμόμαστε πως, στην ανάγκη, ένας μόνο αρκεί για την τεχνητή αναπνοή και τις καρδιακές μαλάξεις.
- 3) αν υπάρχει αιμορραγία, τη σταματάμε με επιδέσμους
- 4) αν ο ασθενής έχει χάσει τις αισθήσεις του, τον γυρίζουμε στο πλάι για μεγαλύτερη ασφάλεια.
- 5) αν υπάρχει κάταγμα, το ακινητοποιούμε.
- 6) αν υπάρχει πληγή στο θώρακα, ευνοείται η ημικαθιστή θέση με ανασηκωμένο το κεφάλι.
- 7) αν υπάρχει τραύμα στην κοιλιά, το θύμα πρέπει να είναι σε οριζόντια θέση με λυγισμένα τα πόδια.
- 8) σε κατάσταση καταπληξίας, η θέση πρέπει να είναι μισοξαπλωμένη με ανασηκωμένα τα πόδια. Πάντα επιτηρούμε το θύμα ενώ αναζητούμε τα άτομα που θα προσφέρουν τις εξειδικευμένες πρώτες βοήθειες.

Εν γένει, μπορούμε να πούμε πως η κατάσταση έκτακτης ανάγκης εκδηλώνεται με χαρακτηριστικά σημάδια, εύκολα αναγνωρίσιμα, αλλά παρόλα αυτά πρέπει να εξετάζουμε κάθε φορά την πιθανότητα κάποιου κρυφού παθολογικού παράγοντα που, όσο περνάει η ώρα, αντί να σταθεροποιείται ή να υποχωρεί, μπορεί να χειροτερεύει βάζοντας, με ταχύτατο ρυθμό σε κίνδυνο τη ζωή του θύματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

3.1. ΠΤΩΣΕΙΣ



Οι πτώσεις αποτελούν μια από τις συνηθέστερες αιτίες ατυχήματος σε άτομα τρίτης ηλικίας.

Ευθύνονται για το θάνατο χιλιάδων ανθρώπων ετησίως.

Η πτώση του ηλικιωμένου μοιάζει με ήπιο σώριασμα ή κατάρρευση στο έδαφος. Ο ηλικιωμένος που έχει υποστεί μια σοβαρή πτώση, έχει αυξημένες πιθανότητες για μια δεύτερη σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Οι πτώσεις της τρίτης ηλικιακής ομάδας σπάνια οφείλονται σε παράγοντες που σχετίζονται με το εξωτερικό περιβάλλον (π.χ. δάπεδο που γλιστράει).

Τα κυριότερα αίτια των πτώσεων είναι έλλειψη ισορροπίας, ορθοστατική υπόταση, οστεοπόρωση, μειωμένη όραση, ζάλη, αυχενικό σύνδρομο, μυϊκή αδυναμία, χρήση ορισμένων φαρμάκων και άσχημη ψυχολογική κατάσταση.

Το συχνότερο αποτέλεσμα μιας πτώσης είναι το κάταγμα, που ακινητοποιεί το άτομο για μεγάλο χρονικό διάστημα, με όλα τα συναφή προβλήματα. Τα κατάγματα από πτώση εντοπίζονται κυρίως στα κάτω άκρα.

Οι πτώσεις αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα ,με ιατρικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Οι ηλικιωμένοι έχουν μεγάλη θνησιμότητα, υφίστανται μεγάλου βαθμού ανικανότητα και δυσλειτουργία, άγχος και κατάθλιψη και κατ' επέκταση πτώση της ποιότητας ζωής τους.(Ovlier D, Daly F, Martin FC.2004)

Αποτελούν την πρώτη αιτία τυχαίων θανάτων και την έβδομη σε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών (Tinetti ME, Williams CS. 1998) . Ο αριθμός αυξάνεται με την ηλικία και στα δύο φύλα και σε όλες τις εθνικότητες και φυλές. (Fuller GF, 2000)

Το οικιακό περιβάλλον εμπλέκεται στο 1/3-1/2 των πτώσεων των ηλικιωμένων.

ΟΡΙΣΜΟΣ –ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφοροι ορισμοί για τις πτώσεις .

Οι περισσότεροι συγκλίνουν στον παρακάτω ορισμό:

Ως πτώση ορίζεται η ξαφνική και χωρίς πρόθεση αλλαγή θέσης ,που έχει ως αποτέλεσμα την προσγείωση του ατόμου σε χαμηλότερο επίπεδο, όπως σε ένα αντικείμενο, στο πάτωμα ή στο έδαφος με ή χωρίς τραυματισμό.(Koski K, Luukinen H, Laippala P, Kivela SL.1996).

Οι πτώσεις αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι.

Αυξάνονται με την ηλικία -30% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 – ποσοστό που αυξάνεται σε 50% για ηλικιωμένους που ζουν σε οίκους ευγηρίας της ίδιας ηλικίας. (Speechley M, Tinetti M. Falls, 1991)

Το 40% των ατόμων ηλικίας άνω των 75 και 50% ηλικίας άνω των 80 υφίστανται μία ή περισσότερες πτώσεις κάθε χρόνο και από αυτούς περίπου οι μισοί πέφτουν παραπάνω από μία φορές.(Kannus P, Sievanen H, Palvanen M, Jarvinen T, 2005)

Συμβαίνουν συχνότερα στις γυναίκες, ίσως γιατί αριθμητικά είναι περισσότερες σ' αυτές τις ηλικιακές ομάδες, επίσης αναφέρουν συχνότερα προβλήματα κινητικότητας λόγω της αυξημένης εμφάνισης ασθενειών όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα και η οστεοπόρωση.(Gill T, Taylor AW, Pengelly A.2005). Ο κίνδυνος πτώσεων αυξάνεται σημαντικά σε άτομα με γνωστικά προβλήματα και άνοια. Υπολογίζεται ότι 70-80% ατόμων με άνοια υφίστανται πτώση.(Van Doorn C. 2003)

Οι πτώσεις συνδέονται με αξιοσημείωτη θνησιμότητα, νοσηρότητα, μειωμένη λειτουργικότητα, παραμονή στο νοσοκομείο και μεταφορά σε οίκους ηλικιωμένων, 20%των πτώσεων απαιτούν ιατρική βοήθεια και περίπου 5% καταλήγουν σε κατάγματα.

Ανάμεσα στους ηλικιωμένους, η πιο σημαντική σωματική βλάβη που σχετίζεται με τις πτώσεις είναι το κάταγμα του ισχίου.

Πάνω από90% των καταγμάτων ισχίου οφείλονται σε πτώσεις και τα περισσότερα συμβαίνουν σε ηλικιωμένους άνω των70 ετών.(Akyol AD.2007)

Περίπου το 3% όλων των πτώσεων προκαλεί κάταγμα σε άλλα σημεία, όπως στη σπονδυλική στήλη, στο βραχίονα, στη λεκάνη ή στον καρπό. Αυτή η πιθανότητα για κατάγματα των οστών, καθιστά την πρόληψη από τις πτώσεις ουσιαστική προτεραιότητα στην αποκατάσταση ατόμων με οστεοπόρωση.

Η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο είναι σχεδόν διπλάσια για τους ηλικιωμένους που νοσηλεύονται εξαιτίας μιας πτώσης συγκριτικά με τους ηλικιωμένους που νοσηλεύονται για άλλες αιτίες. (Ovlier D, Daly F, Martin FC.2004)

Ακόμα και να μην υπάρχει τραυματισμός, οι πτώσεις έχουν ψυχολογικές επιπτώσεις.

Ο φόβος για νέα πτώση προκαλεί περιορισμένη δραστηριότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και εξάρτηση από τους άλλους.

Τα ποσοστά πτώσεων, καθώς και των επιπτώσεων τους, είναι 2 - 3 φορές μεγαλύτερα στους οίκους ευγηρίας συγκριτικά με τις οικίες, 10% - 25% αυτών των πτώσεων έχουν ως αποτέλεσμα κατάγματα ή ανάγκη για νοσοκομειακή περίθαλψη. (Rubenstein LZ,2006)

Οι επιπτώσεις των πτώσεων δεν επηρεάζουν μόνο τον ηλικιωμένο και την οικογένειά του, αλλά επιφέρουν και τεράστιο οικονομικό κόστος στην κοινωνία.

Μόνο το 2000, οι τραυματισμοί λόγω πτώσεων στοίχισαν στο σύστημα

υγείας των Η.Π.Α. 19.000.000 δολάρια.(Stevens JA, Corso PS, Finkelstein EA, Miller TR. 2006)

Είναι άμεσα αντιληπτή η αναγκαιότητα ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης του προβλήματος, μέσω της εξασφάλισης της καλής λειτουργικότητας και αυτονομίας των ηλικιωμένων.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΠΤΩΣΕΙΣ

Οι πτώσεις των ηλικιωμένων οφείλονται σε ποικίλους παράγοντες. Αυτοί χωρίζονται σε ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες.

Σε εξωγενείς παράγοντες οφείλονται 41% - 55% των πτώσεων ηλικιωμένων που ζουν στις οικίες τους και 16% των πτώσεων εκείνων που ζουν σε οίκους ηλικιωμένων.

(Rubenstein LZ.2006)

Σε ενδογενείς παράγοντες οφείλονται 39% - 53% των πτώσεων σε οικίες και 80% των πτώσεων σε οίκους ηλικιωμένων.(Lach HW, Reed AT,1991)

Επιπλέον, άλλες συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν τις πτώσεις, όπως η διάρκεια παραμονής σε ιδρύματα, η ώρα της ημέρας που συμβαίνουν οι πτώσεις, τα χαρακτηριστικά του προσωπικού που φροντίζει τους ηλικιωμένους κ.λπ.

Οι πτώσεις συνήθως δεν είναι αποτέλεσμα ενός μόνο αιτιολογικού παράγοντα, είναι πολύπλοκα γεγονότα που προκαλούνται από συνδυασμό ενδογενών και εξωγενών παραγόντων.

ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι παράγοντες αυτοί χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

α) αλλαγές λόγω ηλικίας (αλλαγές στην όραση, την ισορροπία, τη βάδιση, αλλαγές στο μυοσκελετικό και καρδιαγγειακό σύστημα),

β) παθολογικές καταστάσεις και

γ) χρήση φαρμάκων

Μυοσκελετικό Σύστημα. Η κατάσταση των οστών σχετίζεται άμεσα με τις πτώσεις.

Ο περιορισμός της κινητικότητας, ο οποίος αυξάνεται με

την ηλικία, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για πτώσεις.

Οι ηλικιωμένες γυναίκες αναφέρουν συχνότερα προβλήματα κινητικότητας, λόγω της αυξημένης εμφάνισης ασθενειών όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα και τα σπονδυλικά κατάγματα λόγω οστεοπόρωσης.

Επίσης, η μείωση της μυϊκής μάζας με την ταυτόχρονη αύξηση του λιπώδους ιστού αυξάνουν τον κίνδυνο πτώσης. (Lohman H, Givens D. 1999)

Άτομα με ιστορικό οστεοαρθρίτιδας, αν και έχουν υψηλότερη πυκνότητα στα οστά, δεν είναι προστατευμένα από μια οστεοπορωτική θλάση στην σπονδυλική στήλη.

Πράγμα το οποίο εκτός του ότι δυσχεραίνει την σταθερότητα του σώματος, αυξάνει και την πιθανότητα για πτώση.

Σε άλλη έρευνα έγινε σύγκριση ανάμεσα σε ομάδα ατόμων που έπαθαν κάταγμα ισχίου και σε ηλικιωμένους χωρίς την εμπειρία κατάγματος. Στους πρώτους διαπιστώθηκε ότι η μειωμένη δύναμη στους τετρακέφαλους επηρέασε σημαντικά την σταθερότητά τους σε διάφορα είδη επιφανειών (σταθερή και αφρολέξ). (McGrother CW, Donaldson MM, Clayton D, 2002)

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες μπορεί να αιτιολογεί την πτώση, είναι η μείωση της δύναμης του μυϊκού συστήματος ως απόρροια της γήρανσης.

Έχει βρεθεί ότι, όταν οι ηλικιωμένοι κατεβαίνουν τις σκάλες αποσβένουν το βάρος του σώματος τους με το σκελετικό τους σύστημα και όχι με το μυϊκό, το οποίο σε αυτή την περίπτωση πρέπει να δουλέψει έκκεντρα για να απορροφήσει την ορμή του σώματος. (Lohman H, Givens D. 1999)

Μια μελέτη σε ηλικιωμένες γυναίκες αναφέρει ότι όσες από αυτές είναι συνηθισμένες σε μια καθιστική ζωή έχουν μειωμένη ικανότητα παραγωγής μυϊκού έργου και δύναμης και είναι πιο επιρρεπείς να πάθουν μυϊκό τραυματισμό σε ασκήσεις όπως π.χ. το τρέξιμο, με άμεση συνέπεια την πτώση.

Αντιληπτικές ικανότητες: Όραση

Η ευαισθησία αντίθεσης, η ικανότητα των ματιών να προσαρμόζονται σε διαφορετικά επίπεδα στο φως και το σκοτάδι μειώνεται με την ηλικία. Σαν αποτέλεσμα, τα μάτια των ηλικιωμένων χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να προσαρμοστούν σε φωτεινές αλλαγές του περιβάλλοντος. Επίσης, η οπτική οξύτητα, το οπτικό πεδίο, ο καταρράκτης, το γλαύκωμα, ο εκφυλισμός της ωχρής κηλίδας και η χρήση πολυεστιακών φακών οδηγούν σε κίνδυνο πτώσεων.

Κλινικές μετρήσεις επιβεβαιώνουν ότι οι αλλαγές που συμβαίνουν ως απόρροια της γήρανσης στην όραση επηρεάζουν την ικανότητα ισορροπίας του ηλικιωμένου. (Borger LL, Whitney SL, Redfern MS, Furman JM 1999)

Η μειωμένη οπτική οξύτητα, η οπτική αντίθεση, η αδυναμία στα πόδια και ο αυξημένος χρόνος αντίδρασης είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αστάθεια του σώματος.

Η πιο σημαντική αλλαγή, σχετικά πάντα με την ηλικία, είναι η μείωση της περιφερειακής όρασης σε άτομα άνω των 65 ετών.

Οι ερευνητές θεωρούν ότι οι ηλικιωμένοι στηρίζονται πολύ περισσότερο στην όραση για την διατήρηση της ισορροπίας τους. (Borger LL, Whitney SL, Redfern MS, Furman JM 1999)

Εξέτασαν επίσης την ισορροπία ηλικιωμένων ενώ στέκονταν σε επιφάνεια με μειωμένη υποστήριξη και διαπίστωσαν ότι η αυξημένη ταλάντωση του σώματος οφειλόταν στην μειωμένη οπτική οξύτητα και την ευαισθησία στην οπτική αντίθεση.

Τέλος, η διαφορά του βαθμού οπτικής οξύτητας ανάμεσα στα δύο μάτια παίζει σημαντικό ρόλο. Ακόμα και αν το ένα μάτι βλέπει καλά, αυτό δεν επαρκεί να διατηρήσει το άτομο την ισορροπία του. (Lord SR, Dayhew J. Visual.2001)

Οι ηλικιωμένοι μπορούν να χάσουν επίσης την ισορροπία τους μη μπορώντας να αντιδράσουν ικανοποιητικά σε δυναμικά οπτικά ερεθίσματα που προέρχονται από το περιβάλλον.

Επίσης η μειωμένη αίσθηση της αφής, τα αντί-υπερτασικά φάρμακα ή τα ψυχολογικά προβλήματα αποτελούν επίσης σημαντικά αίτια.

Η πιθανότητα τραυματισμού αυξάνεται ακόμα περισσότερο όταν τα φάρμακα συνδυάζονται με το αλκοόλ. Οι ηλικιωμένοι με διαβήτη μπορεί να παρουσιάσουν επίσης προβλήματα ισορροπίας. Αυτό οφείλεται στο ότι ο διαβήτης έχει εκφυλιστικές επιδράσεις στους μηχανισμούς της κίνησης γεγονός που επηρεάζει την σταθερότητα του σώματος. (Lord SR, Dayhew J. Visual.2001)

• Αλλαγές στην ισορροπία

Η ισορροπία, η οποία είναι κρίσιμη για την αποφυγή των πτώσεων, εξαρτάται από τη σωστή λειτουργία πολλών συστημάτων, που μπορεί να επηρεάζονται από μεταβολές που έχουν σχέση με την ηλικία ή από κάποια νόσο. Η ισορροπία στην όρθια στάση επιτυγχάνεται με τις πληροφορίες που λαμβάνει το άτομο μέσω των ιδιοδεκτικών συστημάτων πληροφόρησης, από τον προσανατολισμό στο χώρο, από την επεξεργασία των πληροφοριών που λαμβάνονται από τις περιφερικές οδούς και από την επίδοση του μυοσκελετικού συστήματος. (Alexander N. 1994)

Προβλήματα όρασης και λαβυρίνθου επιβαρύνουν την ισορροπία.

Επίσης, ορισμένες διαταραχές συνδυάζονται με αυξημένο κίνδυνο πτώσεων, εξαιτίας της επίδρασής τους στην ισορροπία. Στις διαταραχές αυτές περιλαμβάνονται οι καρδιακές αρρυθμίες, νόσοι των αγγείων του εγκεφάλου, η άνοια, η νόσος του Parkinson και άλλες εγκεφαλικές διαταραχές με κινητικά αποτελέσματα.

• **Αλλαγές στη βάδιση**

Οι ηλικιωμένοι βιώνουν αλλαγές στη βάδιση. Η ταχύτητα βάδισης, το μήκος του διασκελισμού και το ύψος του βηματισμού μειώνονται. Οι γυναίκες τείνουν να αναπτύξουν ένα μικρό βηματισμό διατηρώντας μία περιορισμένη βάση στήριξης. Οι άντρες τείνουν να υιοθετήσουν μεγάλη βάση στήριξης και συρτό βηματισμό.(Tideiksaar R.2002)

• **Αλλαγές στο καρδιαγγειακό σύστημα**

Το καρδιαγγειακό σύστημα των ηλικιωμένων υφίσταται αλλαγές.

Συχνά παρουσιάζουν υπόταση, με αποτέλεσμα ζάλη και κίνδυνο για πτώσεις.(Kenny RA, Richardson DA, Steen N, Bexton RS, and Shaw FE, Bond J. Carotid 2001).

β) Παθολογικές καταστάσεις

Σημαντικό παράγοντα κινδύνου για πτώσεις αποτελεί η συνύπαρξη χρόνιων παθολογικών καταστάσεων, όπως η κατάθλιψη, το παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, η υπέρταση, η ελλιπής διατροφή με συνακόλουθη έλλειψη βιταμίνης D, πρωτεϊνών κ.λπ., η αφυδάτωση, οι διαταραχές ρύθμισης του σακχάρου, οι αγγειακές διαταραχές ιδίως των κάτω άκρων (που επηρεάζουν την ισορροπία), καθώς και καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν ελάττωση της αισθητικότητας των κάτω άκρων.(Bergin PS, Bronstein AM, Murray NM, Sancovic S, Zeppenfeld DK. 1995)

γ) Χρήση Φαρμάκων

Καθώς ο οργανισμός μεγαλώνει, αλλάζει η αντίδρασή του στα φάρμακα. Φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές αλλαγές συμβαίνουν επηρεάζοντας τη δράση ενός φαρμάκου στο σώμα, αλλά και την αντίδραση του σώματος σ' αυτό.

Αυτές οι αλλαγές μπορεί να κάνουν τους ηλικιωμένους επιρρεπείς σε αλληλεπιδράσεις και παρενέργειες των φαρμάκων, οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο πτώσεων και τραυματισμών. Τα φάρμακα που συνδέονται συχνότερα με πτώσεις είναι τα διουρητικά, τα υπνωτικά και ηρεμιστικά, τα αντικαταθλιπτικά, τα ψυχοτρόπα και τα αντιυπερτασικά φάρμακα. Όλα αυτά μπορεί να επηρεάσουν τον έλεγχο στάσης, τον κινητικό και αισθητικό συντονισμό και τις γνωστικές λειτουργίες και να επηρεάσουν την ισορροπία και τη βάδιση, προκαλώντας πτώση.

Επίσης, η πολυφαρμακία - η χρήση 4 ή περισσότερων φαρμάκων - αποτελεί κίνδυνο πτώσεων.(Leipzig RM. Cumming RG, Tinetti ME.1999)

ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όσον αφορά τους εξωτερικούς παράγοντες, τα αίτια προσδιορίζονται κυρίως στις επιφάνειες με τις οποίες έρχεται σε επαφή ο ηλικιωμένος. Επικίνδυνη θεωρείται μια υγρή και γλιστερή επιφάνεια, όπως επίσης και μια ανώμαλη και ακατάστατη.

Απώλεια ισορροπίας είναι επίσης πιθανό να συμβεί κατά το ανέβασμα σκάλας με χαμηλό φωτισμό. Τα διάφορα εμπόδια και οι απότομες αλλαγές στο επίπεδο βαδίσματος ή μετακίνησης καθώς και το δυνατό σπρώξιμο σε πλήθος είναι παράγοντες που ωθούν τον ηλικιωμένο σε πτώση.

Επίσης πρωτόγνωρες δραστηριότητες τις οποίες ο ηλικιωμένος δεν είναι συνηθισμένος να εκτελεί, όπως είναι οι κυκλικές και απότομες περιστροφικές

κινήσεις που επιβάλλουν την συνεχή αλλαγή στην διεύθυνση της κίνησης, οδηγούν σε έλλειψη ισορροπίας.

Οι εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνουν:

- α) ακατάλληλα υποδήματα και ρουχισμό,**
- β) ακατάλληλα βοηθήματα,**
- γ) περιβαλλοντικούς κινδύνους.**

α) Ακατάλληλα υποδήματα και ρουχισμός

Τα ακατάλληλα υποδήματα μπορούν να επηρεάσουν τη βάδιση και την ισορροπία και να οδηγήσουν σε πτώση. Τα ψηλά τακούνια επηρεάζουν τη βάση στήριξης, μειώνουν την επιφάνεια επαφής στο έδαφος και προκαλούν πρόσθια κλίση του σώματος, αυξάνοντας τον κίνδυνο πτώσεων.

Επίσης, τα χαλαρά παπούτσια, τα χαλαρά κορδόνια, οι παντόφλες που δεν καλύπτουν τις πτέρνες, οι φθαρμένες σόλες μπορεί να επηρεάσουν τη βάδιση και να προκαλέσουν πτώσεις. (Robbins S, Waked E, Gouw GJ, McClaran J.1994)

Τα χαμηλά παπούτσια και τα γυμνά πόδια προσφέρουν καλύτερη ισορροπία.

Ο σωστός σχεδιασμός ενός υποδήματος προσαρμοσμένου στις ιδιαιτερότητες του ηλικιωμένου μπορεί να διασφαλίσει καλύτερη ισορροπία στη βάδιση και την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. (Menz HB, Morris ME, Lord SR. 2006)

Τα μακριά και χαλαρά ρούχα, καθώς και οι ρόμπες, μπορεί να προκαλέσουν πτώσεις, κυρίως στις σκάλες.

β) Ακατάλληλα βοηθήματα

Τα βοηθήματα βάδισης μπορεί να προκαλέσουν πτώσεις αν δεν έχουν το κατάλληλο μέγεθος, δε συντηρούνται τακτικά και δεν έχει προηγηθεί εκπαίδευση στη χρήση τους.

Επίσης, βοηθήματα που τοποθετούνται για την ασφάλεια των ηλικιωμένων όπως π.χ. κάγκελα στο κρεβάτι, λαβές στο μπάνιο κ.λπ. μπορεί να προκαλέσουν πτώσεις αν δεν έχουν στηριχθεί με ασφάλεια. Συχνά οι ηλικιωμένοι σε σύγχυση προσπαθούν να κατεβούν από το κρεβάτι περνώντας πάνω από τα κάγκελα, με αποτέλεσμα να υφίστανται πτώση από μεγαλύτερο ύψος.

γ) Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου

Το περιβάλλον διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο σε πολλές από τις πτώσεις που υφίστανται οι ηλικιωμένοι.

Φυσικό περιβάλλον συχνά εννοείται το σπίτι του ηλικιωμένου, το περιβάλλον που τρώει και κοιμάται.

Αυτή η περιγραφή μπορεί να εμπεριέχει ή να αποκλείει τους γύρω χώρους, όπως κήπος, γκαράζ, πεζοδρόμια κ.λπ.

Βέβαια, ο όρος περιβάλλον μπορεί να ερμηνευτεί πιο γενικά και να περιλαμβάνει όχι μόνο το άμεσο φυσικό περιβάλλον, αλλά και την κοινότητα μέσα στην οποία ζει - μεταφορικά μέσα, μαγαζιά, βιβλιοθήκες, πάρκα κ.λπ.

Η έννοια περιβάλλον μπορεί επίσης να περιέχει την πατρίδα ή την κουλτούρα, εστιάζοντας στο σχεδιασμό, την προσβασιμότητα, τα εμπόδια και τους κινδύνους της κοινότητας αλλά και την επίδραση της οικογένειας και των αξιών της στον κίνδυνο και τη συχνότητα των πτώσεων.

Υπάρχουν μηδαμινές μελέτες για το περιβάλλον με αυτή την έννοια και την επίδρασή του στις πτώσεις των ηλικιωμένων.

Μέχρι σήμερα, λίγες έρευνες έχουν εστιάσει στις πτώσεις σε εξωτερικούς χώρους, αν και τέτοιες πτώσεις συμβαίνουν το ίδιο συχνά, αν όχι συχνότερα από τις πτώσεις στις οικίες των ηλικιωμένων.

Οι πιο δραστήριοι ηλικιωμένοι που βγαίνουν εκτός οικίας υφίστανται πτώσεις που οφείλονται σε ατέλειες των εξωτερικών χώρων (σπασμένες πλάκες στα πεζοδρόμια, επιφάνειες που γλιστρούν, εμπόδια). (Speechley M, Tinetti M. 1991)

Σε μελέτη μεταξύ 2193 ατόμων βρέθηκε ότι 73% των πτώσεων σε εξωτερικό περιβάλλον οφειλόταν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως μη κατάλληλος φωτισμός σε δρόμους, κατεστραμμένο πεζοδρόμιο ή οδόστρωμα.

Η βάδιση ήταν η πιο συχνή δραστηριότητα (47,3%) κατά την πτώση.

3.1.a. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΤΩΣΕΩΝ – ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Κάθε μέρα 15000 ηλικιωμένοι τραυματίζονται αρκετά σοβαρά ώστε να αναζητήσουν ιατρική περίθαλψη, από τους οποίους περίπου 6000 νοσηλεύονται σε νοσοκομεία και αρκετές εκατοντάδες ποτέ δεν επιστρέφουν σπίτι τους καθώς εισάγονται σε οίκους ευγηρίας.

Οι πτώσεις αποτελούν σχεδόν το 40% του συνόλου των θανατηφόρων τραυματισμών από ατύχημα, ενώ τα κατάγματα λεκάνης και οι εγκεφαλικές κακώσεις αποτελούν τις πιο σοβαρές συνέπειες των πτώσεων.

›Τύποι καταγμάτων:

Υπάρχουν πολλοί τύποι καταγμάτων, όμως δύο είναι οι κυριότεροι: κλειστά και ανοιχτά κατάγματα. (Filippo Medina, 1998)

Τα κλειστά και ανοιχτά κατάγματα μπορεί να είναι καμιά φορά περίπλοκα, όπως όταν η άκρη ενός σπασμένου οστού πιέζει ή προκαλεί βλάβη στα κοντινά νεύρα, αγγεία ή όργανα.

Συμπτώματα

Πόνος πολύ δυνατός.

Οίδημα και εκχύμωση (πρήζεται και μαυρίζει).

Παραμόρφωση.

Αδυναμία κίνησης.

Παράδοξη κίνηση.

Κλειστά κατάγματα είναι αυτά στα οποία το δέρμα γύρω από το κάταγμα δεν έχει υποστεί βλάβη.

Διακρίνονται σε:

Ατελή ή Ρωγμώδη

Απλά

Συντριπτικά

Ανοιχτά κατάγματα στα οποία η άκρη του σπασμένου οστού προεξέχει από το δέρμα ή υπάρχει πληγή που οδηγεί κάτω στο κάταγμα.

Ανοιχτά κατάγματα

Ο τύπος αυτός απαιτεί πολύ προσεκτική αντιμετώπιση καθώς μπορεί το οστό να μολυνθεί (και μάλιστα σοβαρά) από μικρόβια. Αν το οστό δεν πετάγεται έξω από την πληγή, τοποθετούμε από πάνω ένα αποστειρωμένο επίδεσμο. Εάν το οστό πετάγεται έξω περιθάλπουμε όπως περιγράφω παρακάτω. Απαιτούνται δύο άτομα –το ένα θα πρέπει να στηρίζει το σπασμένο άκρο, ενώ το άλλο θα τοποθετεί τους επιδέσμους. (Filippo Medina, 1998)

1. Ο βοηθός μας θα πρέπει να υποστηρίζει το τραυματισμένο άκρο τοποθετώντας το ένα χέρι του πάνω και το άλλο κάτω από το σημείο του κατάγματος.
2. Απλώνουμε ένα κομμάτι γάζας πάνω από την πληγή, τοποθετούμε πανάκια, το ένα πάνω στο άλλο, γύρω από την πληγή και δένουμε.
3. Αναζητούμε ιατρική βοήθεια όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

> Κάταγμα κάτω άκρου

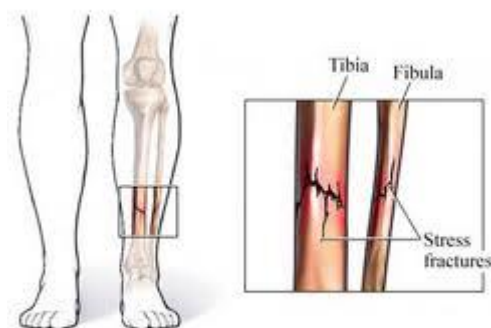


Photo: <http://www.aurorahc.org>

Κάθε είδους κατάγμα στο κάτω άκρο μπορεί να αποδειχθεί σοβαρός τραυματισμός. Στο κάτω μέρος του ποδιού, η κνήμη βρίσκεται σε μικρή απόσταση κάτω από το δέρμα, ώστε το κάταγμα να είναι συχνά < ανοιχτό>. (Filippo Medina, 1998)

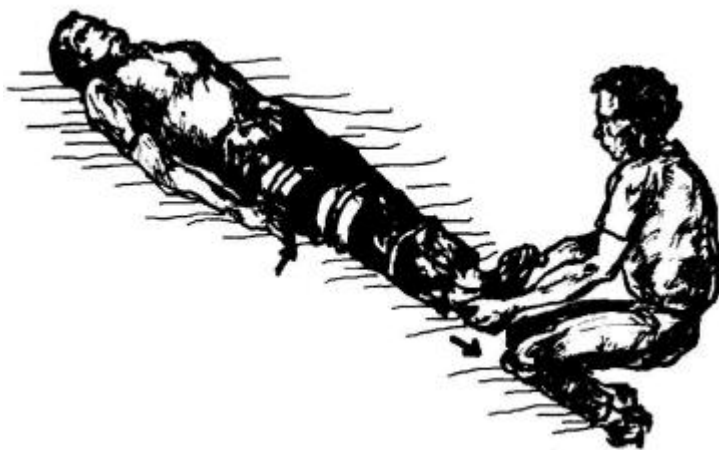
Το οστό του μηρού (το μηριαίο οστό) είναι το πιο μακρύ και το πιο δυνατό οστό σε όλο το σώμα. Επειδή, όμως συγκεντρώνει μεγάλη ποσότητα αίματος, το σπάσιμο αυτού του οστού μπορεί να προκαλέσει σοβαρή εσωτερική αιμορραγία. Ένα ασήμαντο πέσιμο μπορεί να επιφέρει κάταγμα του τραχήλου του μηριαίου οστού ιδιαίτερα συνηθισμένο στους ηλικιωμένους. (Filippo Medina, 1998)

Τι πρέπει να κάνουμε (Filippo Medina, 1998) :

- Δεν μετακινούμε το θύμα με κάταγμα εκτός αν η ζωή του βρίσκεται σε κίνδυνο. Οι αρθρώσεις πάνω και κάτω θα πρέπει να σταθεροποιηθούν και να υποστηριχθούν ή να ακινητοποιηθούν με την επίδεση τους πάνω στο μη τραυματισμένο πόδι.
Όταν υπάρχει σπάσιμο εκδηλώνεται πόνος, πρήξιμο, δυσκινησία.
- Σταθεροποιούμε το άκρο κρατώντας το από τις αρθρώσεις πάνω και κάτω από το κάταγμα.
- Φροντίζουμε τις ενδεχόμενες πληγές.
- Κρατούμε τον αστράγαλο και την πατούσα και τραβούμε ελαφρά και με προσοχή για να ευθυγραμμίσουμε το άκρο και να το φέρουμε στην κανονική του θέση.
- Αν το ασθενοφόρο αναμένεται σύντομα διατηρούμε το τραυματισμένο άκρο σε αυτή τη θέση.

- Αν το ασθενοφόρο καθυστερεί συνεχίζουμε να υποβαστάζουμε το άκρο και ελαφρά τοποθετούμε πλατιά διπλωμένους επίδεσμους κάτω από τα γόνατα του θύματος, πάνω και κάτω από το κάταγμα και ένα στενά διπλωμένο επίδεσμο κάτω από τους αστραγάλους.
- Φέρνουμε ελαφρά το μη τραυματισμένο άκρο προς την πλευρά του τραυματισμένου. Τοποθετούμε αρκετά μαλακά πανάκια ανάμεσα στα πόδια για να στηρίξουμε τους αστραγάλους και τα γόνατα. Χρησιμοποιούμε πανάκια για να γεμίσουμε τη φυσική κοιλότητα που σχηματίζει το άκρο, ώστε να μη μετατεθούν τα οστά με τους επίδεσμους που βάλουμε.
- Δένουμε τους κόμπους στη μη τραυματισμένη πλευρά. Αρχίζουμε επιδένοντας τους αστραγάλους στο σχήμα του αριθμού 8. Έπειτα δένουμε ένα επίδεσμο στα γόνατα και μετά πάνω και κάτω από το κάταγμα. Αν το κάταγμα βρίσκεται κοντά στον αστράγαλο τροποποιούμε τον επίδεσμο του αστραγάλου ώστε να μη βρίσκεται πάνω από το κάταγμα.

> Κάταγμα μηριαίου οστού



- Σταθεροποιούμε το άκρο και φροντίζουμε τυχόν πληγές όπως ανέφερα παραπάνω.
- Κρατώντας το γόνατο του θύματος, τραβούμε ελαφρά και προσπαθούμε να ευθυγραμμίσουμε το πόδι.
- Αν το ασθενοφόρο καθυστερεί, κρατούμε το τραυματισμένο πόδι από τον αστράγαλο και ελαφρά τοποθετούμε πλατιά διπλωμένους επίδεσμους κάτω από τα γόνατα του θύματος και πάνω και κάτω από το κάταγμα, ενώ κάτω από τους αστραγάλους τοποθετούμε ένα στενά διπλωμένο επίδεσμο. Φροντίζουμε να ακολουθούμε τις φυσικές καμπύλες του άκρου.
- Αποφεύγουμε τις απότομες κινήσεις, δένουμε τους κόμπους στη μη τραυματισμένη πλευρά. Γύρω από τους αστραγάλους και τις πατούσες δένουμε τον επίδεσμο στο σχήμα του αριθμού 8. Έπειτα δένουμε έναν επίδεσμο στα γόνατα, πάνω από το κάταγμα, και τέλος δένουμε ακόμα έναν επίδεσμο κάτω από το κάταγμα. (Filippo Medina, 1998)

> Κάταγμα της λεκάνης

Παρατηρούνται πολύ συχνά, ειδικά σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα, δεν αναγνωρίζονται αμέσως, ενώ είναι πιθανώς επικίνδυνα γιατί πολλές φορές συνδέονται με καταστάσεις σοκ, ρήξεις ζωτικών οργάνων, παραλύσεις του εντέρου λόγω φλεγμονής του περιτοναίου κλπ.

- Το θύμα , τοποθετημένο απαλά ανάσκελα, πρέπει να δεθεί πάνω από τα οστά του γοφού μέχρι το μηρό έτσι ώστε η λεκάνη του να υποστηρίζεται ικανοποιητικά.
- Τα γόνατα και οι αστράγαλοι πρέπει να δεθούν σφιχτά με κάποιο μαλακό αντικείμενο ανάμεσά τους για να εξουδετερώνεται κάπως η αίσθηση ου σκληρού κατά την επαφή.
- Κατόπιν αφού ο ασθενής τοποθετηθεί πάνω σε μια άκαμπτη επιφάνεια, πρέπει να μεταφερθεί επείγοντως στο νοσοκομείο. (Filippo Medina, 1998)

› Κάταγμα των οστών του προσώπου

Η συχνότερη αιτία κατάγματος των οστών του προσώπου είναι το αυτοκινητιστικό ατύχημα. Ιδιαίτερα συχνή είναι η περίπτωση κατάγματος στη μύτη, που μπορεί να προκληθεί από πολλές αιτίες. Πολλές φορές μάλιστα περνάει απαρατήρητη. Πρέπει παρόλα αυτά να θυμόμαστε ότι μια σπασμένη μύτη που δεν αντιμετωπίστηκε σωστά αμέσως μετά τον τραυματισμό, μπορεί να υποστεί κάποια παραμόρφωση, οπότε, πέρα από το αισθητικό αποτέλεσμα, υπάρχει δυσκολία στη διέλευση του αέρα.

Αυτές οι ρινικές παραμορφώσεις δύσκολα θεραπεύονται αργότερα. (Filippo Medina, 1998)

Έτσι, σε περιπτώσεις τραυμάτων της μύτης οι δυνατότητες επέμβασης περιορίζονται στο σταμάτημα της πιθανής αιμορραγίας και την εφαρμογή μιας αποστειρωμένης κομπρέσας, αφού καθαριστεί προσεχτικά η πληγή με νερό και σαπούνι.

Όταν υπάρχει τραύμα στη μύτη, είναι απαραίτητος ο ακτινολογικός έλεγχος. Πολλά κατάγματα δεν αναγνωρίζονται αμέσως, με αποτέλεσμα να προκαλούν διάφορες παραμορφώσεις και να είναι δύσκολο να διορθωθούν έπειτα από χρόνια.

Το κάταγμα της γνάθου είναι επίσης συχνό κυρίως σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα.

Τέτοια κατάγματα γίνονται εύκολα αντιληπτά από τις παραμορφώσεις που προκαλούν. Μερικές φορές παρόλα αυτά η μετακίνηση των σπασμένων οστών είναι τόσο μικρή ώστε το κάταγμα περνά απαρατήρητο. (Filippo Medina, 1998)

Ενδείξεις για κατάγματα της γνάθου αποτελούν η αδυναμία του θύματος να κλείσει το στόμα του και η έκκριση σάλιου ανάμεικτου με αίμα. Κάθε κίνηση της γνάθου είναι όλο και πιο επώδυνη. Συχνά έχουμε απώλεια ή και σπάσιμο μερικών δοντιών.

- Αφαιρούμε προσεχτικά κάθε χαλαρό αντικείμενο από το στόμα του θύματος όπως οδοντοστοιχίες και βοηθούμε τον τραυματία να σκύψει μπροστά ώστε να χυθεί κάθε υγρό εύκολα από το στόμα του.
- Ανασηκώνουμε απαλά το οστό έτσι ώστε να κλείσει το στόμα και το κάτω τόξο των δοντιών να έρθει σε επαφή με το επάνω.
- Ακινητοποιούμε κατόπιν τη γνάθο σ' αυτή τη θέση με δυο επιδέσμους τον ένα πάνω στον άλλο, τον ένα δεμένο στην κορυφή του κεφαλιού και τον άλλο στο πίσω μέρος του σβέρκου.
- Ειδοποιούμε το ασθενοφόρο.
- Αν το θύμα κάνει εμετό, θα πρέπει να λύσουμε το δέσιμο και να στρίψουμε το κεφάλι στη μια πλευρά κρατώντας απαλά τη γνάθο ώσπου να σταματήσει ο εμετός. (Filippo Medina, 1998)

> Κατάγματα της σπονδυλικής στήλης



Το κάταγμα στη σπονδυλική στήλη μπορεί να είναι πολύ σοβαρός τραυματισμός καθώς ο νωτιαίος μυελός, που βρίσκεται μέσα, περιλαμβάνει τα νεύρα εκείνα που ελέγχουν πολλές από τις λειτουργίες του ανθρωπίνου σώματος.

Η διατάραξη του νωτιαίου μυελού μπορεί να επιφέρει δυσκολία στην κίνηση ή και έλλειψη αισθητικότητας των μελών του σώματος που βρίσκονται κάτω από την τραυματισμένη περιοχή.

Το ξαφνικό λύγισμα ή στράβωμα της μέσης ή του λαιμού μπορεί να προξενήσει εξάρθρωση των συνδέσμων που στηρίζουν τη σπονδυλική στήλη ή τραυματισμό των δίσκων ανάμεσα στους σπονδύλους. (Filippo Medina, 1998)

Το πιο βίαιο λύγισμα ή στράβωμα ή το άμεσο χτύπημα στη σπονδυλική στήλη μπορεί να προκαλέσει βλάβη σε ένα ή περισσότερα οστά. Αν τότε τα οστά μετατοπιστούν ο νωτιαίος μυελός μπορεί να υποστεί βλάβη. Ωστόσο κι ένα ήπιο τραύμα μπορεί να επιδεινωθεί από λαθεμένο χειρισμό.

Γι αυτό τα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης θέτουν ασφαλώς τα σοβαρότερα προβλήματα στο άτομο που πρόκειται να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες. Πράγματι, κάποιος λανθασμένος χειρισμός του ασθενούς μπορεί να προκαλέσει ανεπανόρθωτες βλάβες στο νωτιαίο μυελό, από τον οποίο ξεκινούν και στον οποίο καταλήγουν όλα τα νεύρα κίνησης και περιφερειακής ευαισθησίας. Πρέπει να διακρίνουμε τα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης από εκείνα των άλλων οστών της περιοχής και θα πρέπει να υποψιαστούμε τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης αν το θύμα έχει πέσει απότομα, ειδικά από κάποιο ύψος (για παράδειγμα από τη σκάλα) και κυρίως αν υπάρχει δυσκολία στην κίνηση, έλλειψη αισθητικότητας (το θύμα δεν νιώθει τα μέλη του) ή το θύμα αισθάνεται σουβλιές ή «ηλεκτρικό σοκ» στα άκρα του ή και γύρω από τον κορμό. (Filippo Medina, 1998)



- Στα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης πρέπει να υπάρχει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακινησία.
- Η μετακίνηση του θύματος απαιτεί στην καλύτερη περίπτωση την παρουσία τεσσάρων ατόμων. Αφού ετοιμάσουμε μια ξύλινη σανίδα (τουλάχιστον δυο μέτρα μακριά) και τη σκεπάσουμε με κάποια μαλακά υφάσματα (κουβέρτες κ.λπ.) ένας από αυτούς που πρόκειται να βοηθήσουν αναλαμβάνει να κρατά σε όλη τη διάρκεια της μετακίνησης το κεφάλι του θύματος έτσι ώστε να βρίσκεται συνεχώς στην ίδια ευθεία με το υπόλοιπο σώμα. Ένας άλλος θα σηκώσει τις πλάτες, ένας τρίτος το σώμα στο ύψος των γοφών και ο τέταρτος τις γάμπες.
- Αν δεν υπάρχουν τόσα διαθέσιμα άτομα, καλύτερα να περιμένουμε το ασθενοφόρο.
- Μόλις δοθεί το σύνθημα, το θύμα ανασηκώνεται τόσο όσο χρειάζεται για να ξαπλώσει στη σανίδα, στην οποία δένεται γερά με λωρίδες τη μια κοντά στην άλλη.
- Τίποτα δεν πρέπει να τοποθετηθεί κάτω από το κεφάλι του, αλλά στα πλάγια θα πρέπει να φροντίσουμε να υπάρχουν κάποια σκληρά ή ημίσκληρα υλικά (εφημερίδες, κλπ.) ώστε να εξασφαλίζεται η πλήρης ακινησία του ως τη μεταφορά του στο νοσοκομείο.
Στα κατάγματα της ισχιακής χώρας, η διαδικασία είναι η ίδια, αλλά με μια σημαντική διαφορά: το θύμα πρέπει να ξαπλώσει στη σανίδα με το κεφάλι προς τα κάτω. Αν βρεθεί ξαπλωμένος ανάσκελα, πριν τον γυρίσουμε, είναι απαραίτητο να έχουμε ετοιμάσει τη σανίδα ώστε να αποφύγουμε επιπλέον κινήσεις.
- Ακόμα και σ' αυτή την περίπτωση, αν δεν είναι δυνατόν να δράσουμε σωστά καλύτερα να περιμένουμε το ασθενοφόρο. (Filippo Medina, 1998)

> Κατάγματα πλευρών

Το σπασμένο πλευρό υποβαστάζεται με νάρθηκα επειδή είναι προσκολλημένο στο υπόλοιπο σύνολο των πλευρών. Έτσι για την περίθαλψη του σπασμένου πλευρού πρέπει να ακινητοποιήσουμε μόνο το άνω άκρο της τραυματισμένης πλευράς του σώματος για να ανακουφίσουμε τον πόνο. (Filippo Medina, 1998)

Θα είναι εμφανή τα γενικά χαρακτηριστικά του κατάγματος, για παράδειγμα λίγο πρήξιμο και πόνος, που αυξάνει με κάθε μετακίνηση. Επίσης το θύμα ίσως παραπονεθεί ότι νιώθει σουβλιές στη μία του πλευρά που χειροτερεύουν κάθε φορά που παίρνει βαθιές ανάσες ή όταν βήχει. (Filippo Medina, 1998)

Ακούει ένα τρίξιμο στα πλευρά του. Η περιοχή γύρω από τα πληγωμένα πλευρά είναι ιδιαίτερα μαλακή.

- Βοηθούμε τον τραυματισμένο να καθίσει και στηρίζουμε το χέρι του, τοποθετώντας το σε απλή χειρουργική ταινία.
- Τον μεταφέρουμε στο νοσοκομείο. (Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός. Πρακτικές πρώτες βοήθειες.)

> **Κάταγμα άνω άκρου**

Σπάσιμο μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιοδήποτε οστό του άνω άκρου ή του αντιβραχίονα ή στο κάτω μέρος του χεριού. Ορισμένες φορές το κάταγμα αφορά και στις αρθρώσεις του αγκώνα και του καρπού.

Τα χαρακτηριστικά θα είναι τα ίδια, όπως για όλα τα κατάγματα :πόνος ,αδυναμία χρησιμοποίησης του τραυματισμένου χεριού, παραμόρφωση, πρήξιμο και πιθανόν μωλωπισμός. Ο τραυματίας ίσως να στηρίζει τον αντιβραχίονα και τον αγκώνα του τραυματισμένου χεριού με το άλλο χέρι για να απαλύνει τον πόνο .

Η βοήθεια που μπορούμε να προσφέρουμε είναι (Filippo Medina, 1998) :

- Να λυγίσουμε ελαφρά το χέρι του θύματος στον αγκώνα, ώστε ο αντιβραχίονας να βρίσκεται απέναντι από το στήθος και να τοποθετήσουμε ένα μαλακό πανάκι ανάμεσα στο μέρος του κατάγματος και το υπόλοιπο σώμα του.
- Στηρίζουμε το χέρι με μια απλή χειρουργική ταινία.
- Μεταφέρουμε το θύμα στο νοσοκομείο.

Εάν δεν μπορούμε να λυγίσουμε το χέρι

- Βοηθούμε το θύμα να ξαπλώσει κάτω με το χέρι του στο ένα πλευρό ή όπως αλλιώς τον βολεύει καλύτερα.
- Προσεκτικά τοποθετούμε μαλακά πανάκια ανάμεσα στο τραυματισμένο άκρο και στο σώμα του θύματος και δένουμε τρεις πλατιά διπλωμένους επιδέσμους γύρω από το χέρι και το σώμα, αποφεύγοντας το σημείο του κατάγματος.
- Μεταφέρουμε τον τραυματία στο νοσοκομείο.(Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός. Πρακτικές πρώτες βοήθειες.)

> **Εξάρθρωσεις**

Οι εξάρθρωσεις είναι μετακινήσεις μέρους του σκελετού με ολική ή μερική απώλεια των δεσμών των αρθρώσεων ανάμεσα στα οστά. Η εξάρθρωση μπορεί να είναι εσωθυλακική , όταν το εξάρθρωμένο οστό παραμένει μέσα στον αρθρικό θύλακα ή εξωθυλακική ,όταν μέσω κάποιου σχισίματος του θύλακα βγει έξω. Επιπλέον ,η εξάρθρωση είναι ολική ,αν το κεφάλι της άρθρωσης βγει τελείως από τη θέση του, ή είναι ατελής αν το κεφάλι της άρθρωσης βγει μερικώς από τη θέση του.

Οι εξάρθρωσεις λέγονται τραυματικές, όταν οφείλονται σε κάποια βίαιη μηχανική αιτία και παθολογικές όταν είναι επακόλουθο κάποιου προηγούμενου προβλήματος στην άρθρωση. (Filippo Medina, 1998)

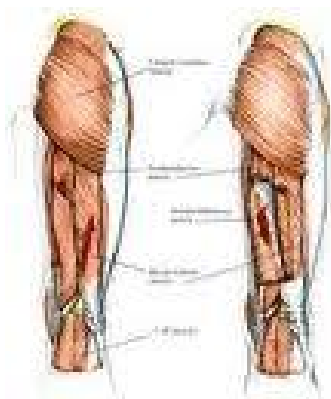
- Το πρώτο μέτρο σε περίπτωση εξάρθρωσης είναι να τοποθετήσουμε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση και να ακινητοποιήσουμε το εξάρθρωμένο μέρος με κάποια τάβλα ή κρεμώντας από τον ώμο.
- Αν η εξάρθρωση φαίνεται ιδιαίτερα πολύπλοκη μεταφέρουμε τον ασθενή στο νοσοκομείο.

> Κακώσεις Μαλακών Μορίων

Οι κακώσεις των μαλακών ποικίλλουν από απλές θλάσεις και εκδορές μέχρι σοβαρές ρήξεις, ενσφηνώσεις ξένων σωμάτων και τραύματα από πυροβόλα όπλα.

Οι κακώσεις των μαλακών μορίων διακρίνονται σε δύο τύπους: Κλειστές (θλάσεις) και ανοιχτές (τραύματα).

Κλειστές κακώσεις (Θλάσεις)



Θλάση είναι η κάκωση των μαλακών μορίων χωρίς λύση της συνέχειας του δέρματος.

Πρώτες Βοήθειες

- Τοποθετούμε ψυχρά επιθέματα για 10 λεπτά. Το ψυχρό θα προκαλέσει σύσπαση των αγγείων, και θα μειώσει το οίδημα
- Ακινητοποιούμε με ελαστικό επίδεσμο. Η ακινητοποίηση θα μειώσει τον πόνο και την αιμορραγία
- Ανυψώνουμε το τραυματισμένο μέλος λίγο πιο πάνω από το επίπεδο της καρδιάς. Η ανύψωση έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση του οιδήματος
- Χορηγούμε παυσίπονο σε περίπτωση πόνου

Ανοιχτές κακώσεις (Τραύματα)

Τραύμα είναι η λύση της συνέχειας του δέρματος ή και των υποκείμενων ιστών.

Πρώτες Βοήθειες

Τρεις γενικοί κανόνες ισχύουν στην αντιμετώπιση των ανοικτών τραυμάτων:

- Προτεραιότητα στον έλεγχο της αιμορραγίας
- Προφύλαξη από μόλυνση και

- Ακίνητοποίηση της τραυματισμένης περιοχής.

Για να μειώσουμε τον κίνδυνο της μόλυνσης (Filippo Medina, 1998) :

- Πλένουμε καλά τα χέρια μας και φορούμε γάντια
- Ξεπλένουμε το τραύμα με άφθονο τρεχούμενο νερό
- Στεγνώνουμε το τραύμα με αποστειρωμένη γάζα και κινήσεις από μέσα προς τα έξω
- Καλύπτουμε το τραύμα με αποστειρωμένη γάζα ή με αυτοκόλλητο επίδεσμο
- Συμβουλευόμαστε γιατρό για ενδεχόμενο αντιτετανικό εμβόλιο

3.2. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ

Γενικά για τις αιμορραγίες (Filippo Medina, 1998)

Αιμορραγία είναι η διαφυγή αίματος από τις αρτηρίες, τις φλέβες ή τα τριχοειδή. Μία αιμορραγία μπορεί να είναι εξωτερική ή εσωτερική.

Οι αιμορραγίες διακρίνονται σε (Filippo Medina, 1998) :

Σε **αρτηριακές**, το αίμα είναι ζωνφό κόκκινο και πετάγεται με ένταση ή και ρυθμό από την πληγή.

Σε **φλεβικές**, είναι σκούρο και απλώς κυλά έξω από την πληγή.

Σε **τριχοειδικές**, έχει κάποιο ενδιάμεσο χρώμα και απλώνεται γύρω από την πληγή.

Σε **μεικτές**

Τραυματικές αιμορραγίες έχουμε έπειτα από τραυματισμούς από πυροβόλα όπλα , από τρυπήματα ή κοψίματα ή ακόμα και από χτυπήματα που μπορούν να καταστρέψουν τελείως το αιμοφόρο αγγείο ή να προκαλέσουν τη ρήξη του. (Filippo Medina, 1998)

Αντίθετα οι αυτόματες αιμορραγίες εμφανίζονται όταν τα τοιχώματα των αγγείων γίνονται εύθραυστα ή όταν η ικανότητα πήξης του αίματος είναι μειωμένη, γεγονός που μπορεί να συμβεί σε μολυσματικές νόσους, σοβαρές δηλητηριάσεις, λευχαιμίες, νόσους του ήπατος αιμοφιλία κ.λπ. Νοσήματα που μπορούν να φθείρουν τα τοιχώματα των αγγείων είναι ακόμα η φυματίωση, τα γαστρικά έλκη και τα έλκη του εντέρου. (Filippo Medina, 1998)

Το αίμα που βγαίνει από τα αγγεία μπορεί να περάσει προς τα έξω μέσω της πληγής ή να χυθεί στο εσωτερικό του σώματος, όταν το αγγείο βρίσκεται στο βάθος του σώματος.

Αν η αιμορραγία είναι μικρής ή μεσαίας έντασης ή ακόμα και ποσότητας μερικών κυβικών εκατοστών αίματος , δεν προκαλεί βλάβη στον οργανισμό αφού η ποσότητα αίματος που χάνεται αντικαθίσταται αμέσως από τα αιμοποιητικά όργανα. Αν όμως έχει μεγάλη έκταση, ειδικά αν ξεπερνά το λίτρο, προκαλεί συμπτώματα οξείας αναιμίας. (Filippo Medina, 1998)

Συμπτώματα – σημεία αιμορραγίας

Σε μεγάλη εσωτερική ή εξωτερική αιμορραγία παρατηρούμε τα ακόλουθα:

- Ωχρότητα
- Δέρμα ψυχρό και υγρό
- Επιπόλαιη αναπνοή
- Γρήγορο και αδύναμο σφυγμό
- Δίψα
- Ανησυχία
- Πιθανή απώλεια των αισθήσεων

Πρώτες Βοήθειες εξωτερικών αιμορραγιών

- Φορούμε γάντια και πιέζουμε το σημείο που αιμορραγεί για 5'-10', με τα δάχτυλα ή την παλάμη μας (άμεση πίεση) .
- Αν η πληγή είναι βρώμικη ,την ξεπλένουμε με προσοχή κάτω από κρύο νερό ώσπου να καθαρίσει. Έπειτα καθαρίζουμε προσεχτικά γύρω από την πληγή με σαπούνι και νερό. Γι' αυτό τον σκοπό χρησιμοποιούμε τις γάζες ή τα αντισηπτικά πανάκια. Θα πρέπει να αρχίσουμε τον καθαρισμό από την προς τα έξω από την πληγή πλευρά και να χρησιμοποιούμε καινούρια γάζα κάθε φορά που επαναλαμβάνουμε.
- Εφαρμόζουμε γάζες ή καθαρό ύφασμα πάνω στο τραύμα και δένουμε με επίδεσμο. Εάν ο επίδεσμος ματώσει τοποθετούμε επιπλέον γάζες και συνεχίζουμε να δένουμε με τον επίδεσμο χωρίς να αφαιρούμε τις πρώτες γάζες κ.ο.κ.
- Αν στην πληγή έχει κολλήσει ένα ξένο αντικείμενο, για παράδειγμα ένα κομμάτι γυαλί, δεν το αφαιρούμε. Υπάρχει περίπτωση να λειτουργεί ως πώμα στην πληγή και να εμποδίζει, έτσι, την αιμορραγία.
- Καλούμε ασθενοφόρο και φροντίζουμε για άμεση μεταφορά αν έχει χαθεί πολύ αίμα .

3.2.a Βαριά Αιμορραγία

Μια πληγή που είναι βαθιά αιμορραγεί πολύ ή αναβλύζει αίμα (προκαλείται από τον τραυματισμό αρτηρίας) και μπορεί να μην κάνει θρόμβο και γι' αυτό να μην σταματάει η αιμορραγία. Άμεση φροντίδα: Ζητούμε από κάποιον να καλέσει βοήθεια ή καλέστε το 166 μόνοι σας. Σηκώνουμε το τραύμα ψηλά και εφαρμόζουμε απευθείας πίεση. {Komaroff, L.A. (Ed.). (2004)}

Σημεία Πίεσης για Βαριά Αιμορραγία

Αν μια βαριά αιμορραγία δε σταματά με απευθείας πίεση και ανύψωση, εφαρμόζουμε απευθείας πίεση σε μια αρτηρία. Εφαρμόζουμε απευθείας πίεση σε μια αρτηρία και ταυτόχρονα εφαρμόζουμε απευθείας πίεση και στην πληγή. Υπάρχουν ορισμένες μεγάλες αρτηρίες στο σώμα, όπου και θα πρέπει να ασκείται πίεση. Για να ελέγχουμε αν η αιμορραγία έχει σταματήσει, ελαττώνουμε την πίεση που ασκούμε στη θέση της αιμορραγίας. Αν η αιμορραγία συνεχίζει, συνεχίζουμε να ασκούμε πίεση στην αρτηρία.

Συνεχίζουμε μέχρι η αιμορραγία να σταματήσει ή να φτάσει βοήθεια. Αφού σταματήσει η αιμορραγία, δεν συνεχίζουμε να ασκούμε πίεση σε μια αρτηρία περισσότερο από πέντε λεπτά. {Komaroff, L.A. (Ed.). (2004)}

3.2.b. Εσωτερική Αιμορραγία.

Πρώτες Βοήθειες Εσωτερικών Αιμορραγιών

Αν ένα άτομο έχει εμπλακεί σε τροχαίο ατύχημα, αν έχει πέσει από ύψος ή έχει χτυπήσει δυνατά στο σώμα ή το κεφάλι, τότε μπορεί να έχει εσωτερική αιμορραγία.

Τα σημεία και τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αιμόπτυση ή αιματέμεση, πόνο στο θώρακα, στην κοιλιά ή τη λεκάνη, ψυχρό, γλοιώδες δέρμα και γρήγορο ή ασθενή θώρακα, στην κοιλιά ή τη λεκάνη, ψυχρό, γλοιώδες δέρμα και γρήγορο ή ασθενή σφυγμό. (Dr. A.S. Playfair, 1993)

- Σε αυτήν την περίπτωση, ζητήστε από κάποιον να καλέσει βοήθεια ή καλέστε το 166 μόνοι σας, αν το άτομο δε χρειάζεται άμεση βοήθεια.
- Ελέγξτε τους αεραγωγούς, την αναπνοή και την κυκλοφορία.
- Μείνετε μαζί με τον τραυματία, μέχρι να φτάσει ιατρική βοήθεια

3.2.c. Ρινορραγία



Η ρινορραγία είναι πολύ συχνή κατάσταση η οποία ωστόσο μπορεί να ανησυχήσει τον πάσχοντα, ειδικά εάν η απώλεια αίματος είναι μεγάλη.

Η συνηθέστερη αιτία ρινορραγίας είναι ο τραυματισμός των αγγείων της μύτης είτε από φύσημα της μύτης, είτε από εξωτερικούς παράγοντες. (Dr. A.S. Playfair, 1993)

Πολλές φορές η ρινορραγία δεν γίνεται αντιληπτή από τον ίδιο τον πάσχοντα αλλά από κάποιον τρίτο. Παρατηρείται απώλεια αίματος από τη μύτη η οποία σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι και μεγάλη.

Τι πρέπει να κάνουμε (Filippo Medina1998) :

- Βάζουμε το άτομο να καθίσει με το κεφάλι του ελαφρώς γερμένο μπροστά
- Πιέζουμε τα μαλακά μέρη της μύτης του για 5'-10'.
- Αν η ρινορραγία δε σταματήσει, εφαρμόζουμε πρόσθιο επιωματισμό, με τη βοήθεια λαβίδας και γάζα εμποτισμένη σε οξυζενέ. Οι γάζες πρέπει να αφαιρεθούν μέσα σε 24 ώρες για αποφυγή μόλυνσης.
- Αν η αιμορραγία συνεχίζεται, φροντίζουμε για τη μεταφορά στο νοσοκομείο.

Δεν πρέπει να παροτρύνουμε τον πάσχοντα να διατηρεί το κεφάλι γερμένο προς τα πίσω γιατί με τον τρόπο αυτό το αίμα καταπίνεται και μπορεί να προκαλέσει έμετο ή πνιγμονή.

Αν το αίμα είναι πολύ αραιό, σαν νερό, ειδικά αν έχει προηγηθεί τραυματισμός στο κεφάλι αναζητούμε άμεσα ιατρική βοήθεια γιατί μπορεί να υποκρύπτει μια επείγουσα ιατρική κατάσταση. (Filippo Medina1998)

3.2.d. Αιμορραγία από το αυτί

Αιμορραγία από το αυτί είναι δυνατόν να προκληθεί από τραυματισμό που προκάλεσε ρήξη τυμπάνου.

Παρατηρούμε απώλεια αίματος από το αυτί. Εάν η αιτιολογία της αιμορραγίας είναι η ρήξη τυμπάνου, ο πάσχων θα παραπονεθεί για έντονο πόνο στο αυτί σε συνδυασμό με πονοκέφαλο και ελάττωση της ακοής.(Dr. A.S. Playfair, 1993)

Τι πρέπει να κάνουμε (Dr. A.S. Playfair, 1993) :

- Ζητούμε από τον πάσχοντα να γυρίσει το κεφάλι του από την πλευρά του τραυματισμένου αυτιού, έτσι ώστε το αίμα να πέφτει προς τα κάτω.
- Δεν πρέπει να βουλώνουμε το αυτί με γάζες.

- Ζητούμε ιατρική βοήθεια.

3.2.e. Εγκεφαλική Αιμορραγία

- Τοποθετούμε τον ασθενή στο κρεβάτι με μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι του
- Αφαιρούμε την ξένη οδοντοστοιχία, αν έχει
- Χαλαρώνουμε τα ρούχα του
- Σκεπάζουμε τον ασθενή και φροντίζουμε για την μεταφορά του στο νοσοκομείο (Filippo Medina1998)

Γενικές οδηγίες για την αντιμετώπιση των εσωτερικών αιμορραγιών

(Dr. A.S. Playfair, 1993)

- Τοποθετούμε το θύμα σε θέση ασφαλείας
- Χαλαρώνουμε τα σφιχτά ρούχα
- Διατηρούμε το θύμα ζεστό
- Τονώνουμε το ηθικό του
- Δεν δίνουμε τίποτα από το στόμα
- Ελέγχουμε τα ζωτικά του σημεία κάθε 10΄
- Φροντίζουμε για την γρήγορη μεταφορά του στο Νοσοκομείο
- Αν σταματήσουν αναπνοή και σφυγμός αρχίζουμε αμέσως ΚΑΡΠΑ

3.3. ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ

Δηλητήριο είναι κάθε ουσία που μπορεί να προκαλέσει βλάβη της υγείας ή θάνατο, όταν μπει στον οργανισμό με οποιοδήποτε τρόπο. Η είσοδος των τοξικών ουσιών στον οργανισμό μπορεί να γίνει από :

- α. από το πεπτικό σύστημα, δηλαδή από το στόμα.
- β. από το αναπνευστικό σύστημα.
- γ. με απορρόφηση από το δέρμα.

Είδη Δηλητηριάσεων (Βλάχος Π. 1996):

- α. Δηλητηρίαση από αέρια.
- β. Αλκοολισμός.
- γ. Δηλητηρίαση από τσίμπημα φιδιών.
- δ. Τροφική δηλητηρίαση.
- ε. Δηλητηρίαση από φάρμακα
- στ. Απορρόφηση δηλητηρίου από το δέρμα.

Α. Δηλητηρίαση από αέρια (Βλάχος Π. 1996): Συχνότερη δηλητηρίαση αυτού του είδους είναι η εισπνοή μονοξειδίου του άνθρακα (**CO**). Κίνδυνος τέτοιας δηλητηρίασης υπάρχει όπου γίνεται ατελής καύση οργανικών καυσίμων και όπου μειονεκτεί το σύστημα απαγωγής των αερίων της καύσης. Οι θερμάστρες και οι μηχανές εσωτερικής καύσης είναι οι κυριότερες εστίες παραγωγής δηλητηριωδών αερίων.

Β. Αλκοολισμοί (Βλάχος Π. 1996): Ο αλκοολισμός όταν ξεπερνά τα όρια της μέθης αποτελεί οξεία δηλητηρίαση. Πολλοί αλκοολικοί είναι εθισμένοι στη χρήση ηρεμιστικών ή και υπνωτικών φαρμάκων, τα οποία εμφανίζουν δυναμική συνεργασία με το αλκοόλ.

Γ. Δηλητηρίαση από τσίμπημα Φιδιών (Βλάχος Π. 1996) :Το δάγκωμα του φιδιού μπορεί να έχει επικίνδυνες συνέπειες. Ο άνθρωπος που δαγκώνεται από φίδι, νοιώθει τη στιγμή που φτάνει το δηλητήριο του φιδιού στην πληγή έναν διαπεραστικό ισχυρό πόνο.

Δ. Τροφική δηλητηρίαση (Βλάχος Π. 1996): Η τροφική δηλητηρίαση γίνεται με το να εισέλθουν δια μέσου του πεπτικού συστήματος συνήθως τροφές που έχουν λήξει ή και τροφές με δηλητηριώδη ουσίες.

Ε. Δηλητηρίαση από φάρμακα (Βλάχος Π. 1996): Η λήψη φαρμάκων σε μεγάλες ποσότητες που δεν μπορεί το στομάχι να τις διασπάσει προκαλεί τη δηλητηρίαση από φάρμακα.

Στ. Απορρόφηση δηλητηρίου από το δέρμα (Βλάχος Π. 1996): Πολλά δηλητήρια έχουν την ικανότητα να περνούν το φράγμα του δέρματος και απορροφούμενα να προκαλούν στον οργανισμό δηλητηρίαση.

Οι δηλητηριάσεις από διάφορες χημικές ουσίες που φυλάσσονται για ειδικές χρήσεις, καθώς και οι δηλητηριάσεις από φάρμακα λόγω υπερβολικής δόσης αποτελούν συχνό φαινόμενο κυρίως στις μικρότερες ηλικίες και λιγότερο στις μεγαλύτερες ηλικίες. (Βλάχος Π. 1996)

Το δηλητήριο είναι μια ουσία που αν χορηγηθεί σε αρκετή ποσότητα, μπορεί να επιφέρει προσωρινή ή μόνιμη βλάβη στον ανθρώπινο οργανισμό ακόμη και τον θάνατο. Τα δηλητήρια εισέρχονται στον οργανισμό κυρίως από τη στοματική οδό αλλά και άλλες οδοί μπορεί να αποδειχθούν σημαντικές. Διάφορα εντομοκτόνα, καυσαέρια, αέρια οικιακής χρήσης κ.λπ. είναι ουσίες που εισπνέονται.

Ουσίες που χρησιμοποιούνται για απολύμανση των εσωρούχων, εντομοκτόνα και προϊόντα που χρησιμοποιούνται στη γεωργία μπορούν να απορροφηθούν μέσω του δέρματος. (Βλάχος Π. 1996)

Τέλος υπάρχουν δηλητήρια που εισέρχονται στον οργανισμό υπό μορφή ενέσεων, όχι τόσο από λανθασμένη φαρμακευτική χορήγηση όσο κυρίως από τσιμπήματα και δαγκώματα εντόμων ή ερπετών.

Η τεράστια ποικιλία των ουσιών που μπορούν να δράσουν σαν δηλητήρια και η εξίσου τεράστια εξάπλωσή τους σε κάθε κοινωνικό στρώμα των αναπτυγμένων κοινωνιών καθιστά αναγκαία τη συνεχή και προσεκτική προσπάθεια πρόληψης που απευθύνεται κυρίως στην προστασία των παιδιών που είναι και τα περισσότερο εκτεθειμένα άτομα στις τυχαίες δηλητηριάσεις. Παρ' όλα αυτά, 'όταν υπάρξει δηλητηρίαση πρέπει να είμαστε σε θέση να την αντιμετωπίσουμε σωστά και με ετοιμότητα. Η ετοιμότητα και η ποιότητα της βοήθειας που παρέχεται στα πρώτα λεπτά αμέσως μετά τη δηλητηρίαση, μπορούν πράγματι να σώσουν το θύμα ή να επιφέρουν το θάνατό του. (Βλάχος Π. 1996)

Η μεγάλη ποικιλία των δηλητηρίων και των τοξικών ουσιών δεν επιτρέπει, φυσικά την εξέταση καθεμιάς από αυτές. Αρκεί όμως να συζητήσουμε και να κατανοήσουμε κάποιες γενικές αρχές για να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε μια κατάσταση ανάγκης μέχρι να έρθει ο γιατρός. Κατά την αναμονή της ιατρικής βοήθειας, η οποία είναι πάντα απαραίτητη, μπορούμε να εφαρμόσουμε προσωρινά μέτρα ακολουθώντας τις συμβουλές του Κέντρου Δηλητηριάσεων απ' όπου μπορούμε να λάβουμε την πιο έγκυρη και άμεση βοήθεια. (Βλάχος Π. 1996)

Τι να κάνουμε και τι να μην κάνουμε:

Παρ' όλο που η οξεία ή ηθελημένη δηλητηρίαση αποτελούν μερικά από τα πιο συνηθισμένα επεισόδια περιστατικά για τους γιατρούς, υπάρχουν ακόμα πολλές αβεβαιότητες και σύγχυση σχετικά με το τι πρέπει να κάνει κανείς σε κάθε περίπτωση. (Filippo Medina 1998)

Πράγματι, πολλά δημοφιλή μέσα αντιμετώπισης δηλητηριάσεων μπορεί να είναι απλώς άχρηστα σε κάποια περίπτωση, αλλά εξαιρετικά επικίνδυνα σε όλες τις άλλες. Μόνο κάποιος ειδικός μπορεί να καθοδηγήσει σωστά τις πρώτες βοήθειες.

Στην οξεία δηλητηρίαση έχουμε το πλεονέκτημα, συγκριτικά με άλλα περιστατικά, μιας εμφανούς σχέσης αιτίου- αποτελέσματος σχεδόν διαρκούς, αλλά από την άλλη πλευρά έχουμε το μειονέκτημα ενός πιθανώς μεγάλου χρονικού διαστήματος ανάμεσα στη λήψη της τοξικής ουσίας και την εμφάνιση των συμπτωμάτων, γεγονός που μας αναγκάζει να εφαρμόσουμε μια θεραπεία που δε στηρίζεται σε ακριβή δεδομένα. (Filippo Medina 1998)

Σε κάθε περίπτωση, όμως για να είναι σωστή η παρέμβαση πρέπει να τηρούνται σχολαστικά κάποιοι κανόνες που προβλέπουν τη σωστή σειρά των παρεμβάσεων, η οποία πρέπει να ακολουθείται πιστά: επανάκτηση των λειτουργιών που έχουν διαταραχτεί, συλλογή στοιχείων για την τοξικότητα της ουσίας, εκτίμηση των συμπτωμάτων. (Filippo Medina 1998)

Έλεγχος και διατήρηση των βασικών λειτουργιών

Στην περίπτωση της οξείας δηλητηρίασης, ανεξάρτητα από την ουσία που την προκάλεσε, απόλυτη προτεραιότητα έχει η εκτίμηση των βασικών λειτουργιών που πρέπει να προηγηθεί οποιασδήποτε άλλης διαδικασίας. Ενώ η επέμβαση σε κάποιες λειτουργίες (για παράδειγμα την ηπατική, τη νεφρική κ.λπ.) μπορεί να καθυστερεί για λίγες ώρες, η αντιμετώπιση συμπτωμάτων που δείχνουν καταστολή των εγκεφαλικών λειτουργιών, κώμα, σπασμοί κ.λπ.), των καρδιοκυκλοφοριακών (μείωση της αρτηριακής πίεσης, σοκ, καρδιακή αρρυθμία, οξύ πνευμονικό οίδημα κ.λπ.) και των

αναπνευστικών(αναπνευστική ανεπάρκεια, σταμάτημα της αναπνοής κ.λπ.) πρέπει να είναι άμεση αν δε θέλουμε να είναι ανώφελες όλες οι υπόλοιπες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η συλλογή των σωστών στοιχείων για την τοξικότητα της υπό εξέταση ουσίας είναι σημαντική , για να γνωρίζουμε τους κινδύνους και τις αλληλεπιδράσεις κάποιων θεραπευτικών μέσων.

Τα βασικά δεδομένα για τη σωστή αξιολόγηση μιας δηλητηρίασης είναι:

Η υπεύθυνη ουσία ή αυτή που υποψιαζόμαστε πως είναι υπεύθυνη:

Είναι πάντα απαραίτητο να γνωρίζουμε το ακριβές της όνομα και, κυρίως για τα προϊόντα οικιακής ή αγροτικής χρήσης, το εμπορικό τους όνομα. Σε γενικούς ορισμούς, όπως «σιρόπι για το βήχα», «απορρυπαντικό», «εντομοκτόνο» κ.λπ., αντιστοιχούν σχεδόν πάντα ουσίες ή φάρμακα διαφορετικής τοξικότητας. Επιπλέον, δεν είναι σπάνια τα λάθη στη χρήση των φαρμάκων. (Θέματα τοξικολογίας, 1993)

Η δόση (πραγματική ή εικαζόμενη):

Η έρευνα γίνεται με ηρεμία, καθησυχάζοντας τους οικείους. Είναι σημαντικό να ξεπεράσουμε δυο συχνές συμπεριφορές: την υπερβολή στις πληροφορίες εκ μέρους συγγενών πολύ φοβισμένων και την υποτίμηση των ίδιων πληροφοριών που ξεκινάει από το φόβο των επώδυνων θεραπειών ή της εισαγωγής στο νοσοκομείο. (Θέματα τοξικολογίας, 1993)

Η οδός μέσω της οποίας μπήκε στον οργανισμό το δηλητήριο:

Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στη δυνατότητα περισσότερων της μιας οδών (π.χ. αναπνευστική και στοματική) με συνέπεια τη διαφορετική αντιμετώπιση.

Αξιολόγηση των συμπτωμάτων και της εξέλιξής τους:

Πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερα το γεγονός πως η οξεία δηλητηρίαση μπορεί να παρουσιάσει αξιόλογη ποικιλία κλινικών εικόνων που ποικίλουν από την απόλυτη απουσία συμπτωμάτων μέχρι την ανεπάρκεια μιας ή περισσότερων βασικών λειτουργιών. (Θέματα τοξικολογίας, 1993)

Έτσι είναι σημαντικό να υπογραμμίσουμε τα εξής (Βλάχος Π. 1996) :

α) η ποικιλία των κλινικών εικόνων εξαρτάται από την ουσία που έχει ληφθεί και από το χρόνο που πέρασε από τη στιγμή λήψης μέχρι το χρόνο επέμβασης.

β) η απουσία συμπτωμάτων μπορεί να έχει σχέση με το χρόνο που χρειάζεται η συγκεκριμένη τοξική ουσία για να δράσει.

γ) ο χρόνος αυτός είναι η καλύτερη στιγμή για να χρησιμοποιήσουμε όλα τα απαραίτητα θεραπευτικά μέσα ώστε να αποφευχθούν τα τοξικά αποτελέσματα.

δ) η εξαφάνιση των ενοχλήσεων δε σημαίνει απαραίτητα πως ο κίνδυνος έχει περάσει. Πράγματι, χαρακτηριστικό ορισμένων τοξικών ουσιών είναι η εμφάνιση πρόωρης συμπτωματολογίας που υποχωρεί νωρίς για να μεσολαβήσει ένα διάστημα σχετικά καλής κατάστασης, το οποίο όμως μπορεί να ακολουθήσει μια ακόμα σοβαρότερη συμπτωματολογία.

Εξουδετέρωση της τοξικής ουσίας

Στη δηλητηρίαση από αέρια ή υδρατμούς, ο ασθενής πρέπει να μεταφερθεί αμέσως στο ύπαιθρο. Αν κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατόν, πρέπει αμέσως να ανοίξουμε τα

παράθυρα ώστε να ανανεωθεί ο αέρας, φροντίζοντας να μην ανάψουμε φως (κίνδυνος έκρηξης στην περίπτωση εύφλεκτων αερίων).

Αν υποψιαζόμαστε πως κάποιος έχει εισπνεύσει τοξικές ουσίες, πρέπει να τον πλησιάσουμε με μεγάλη προσοχή. Απαραίτητος σ' αυτή την περίπτωση είναι κάποιος εξοπλισμός (μάσκα, προστατευτικά ρούχα κ.λπ.).

Προσοχή όταν βγάζουμε τα ρούχα του θύματος: πολλές χημικές ουσίες μπορούν να προκαλέσουν εγκαύματα και μόνο με την απλή επαφή.

Η συχνότερη μορφή δηλητηρίασης με εισπνοή αφορά το μονοξείδιο του άνθρακα, που συνήθως συνδέεται με τις εξατμίσεις των αυτοκινήτων και το σβήσιμο της φωτιάς, με σόμπες που έχουν ανεπαρκές σύστημα αερισμού ή με τη χρήση θερμαστών που καίνε καυσόξυλα. (Βλάχος Π. 1996)

Αμέσως μετά την εισπνοή το μονοξείδιο του άνθρακα ενώνεται με την αιμοσφαιρίνη (πολύ πιο γρήγορα απ' ότι το οξυγόνο) και εμποδίζει την ομαλή κυκλοφορία του οξυγόνου μέσω των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η παρατεταμένη έκθεση ακόμα και σε μικρές ποσότητες μπορεί να έχει τραγικά αποτελέσματα.

Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει αρχικά πονοκέφαλο και ιλίγγους. Σύντομα αρχίζει δυσκολία στην αναπνοή, που επιδεινώνεται με το πέρασμα της ώρας ή τη συνεχιζόμενη έκθεση σε μεγαλύτερες ποσότητες αερίου. Τέλος, μπορεί να παρουσιασθεί κυάνωση, ο ασθενής να χάσει τις αισθήσεις του και σε ακραίες καταστάσεις να επέλθει ο θάνατος. (Βλάχος Π. 1996)

Άλλες πιθανές περιπτώσεις δηλητηρίασης από εισπνοή έχουν σχέση με τα αέρια του χλωρίου (που προέρχονται κυρίως από τα χημικά που χρησιμοποιούνται στις πισίνες), με την αμμωνία (που βρίσκεται συχνά στα απορρυπαντικά οικιακής χρήσης), με τα σπρέι που χρησιμοποιούνται στη γεωργία και με τα εντομοκτόνα. (Βλάχος Π. 1996)

Σε περίπτωση δηλητηρίασης από κατάποση, πρέπει να αδειάσει το στομάχι. Αυτό επιτυγχάνεται με πρόκληση εμετού και εφαρμογή πλύσης στομάχου. Η εκκένωση του στομάχου ενδείκνυται μέχρι και 4 ώρες μετά την κατάποση οποιασδήποτε τοξικής ουσίας. Μπορεί παρ' όλα αυτά να είναι χρήσιμη ακόμα και έπειτα από 10-12 ώρες, σε περίπτωση ουσιών που καθυστερούν τις εντερικές κινήσεις και επομένως καθυστερούν την εκκένωση του στομάχου, καθώς και σε περιπτώσεις κώματος και κατάστασης σοκ (περιπτώσεις που καθυστερούν τη στομαχική εκκένωση). (Βλάχος Π. 1996)

Ο εμετός είναι προτιμότερος από την πλύση στομάχου και ενδείκνυται ιδιαίτερα στις παρακάτω περιπτώσεις (Βλάχος Π. 1996) :

- Κατανάλωση τοξικής ουσίας με στομάχι γεμάτο από πρόσφατο γεύμα (τα κομμάτια της τροφής θα έφραζαν το στομαχικό σωλήνα καθιστώντας άχρηστη την πλύση στομάχου).
- Κατανάλωση ουσιών στερεών αδιάλυτων ή ελάχιστα διαλυτών στο νερό, που δεν μπορούν να απομακρυνθούν με την πλύση του στομάχου.
- Ως προληπτικό μέτρο σε περιπτώσεις κατανάλωσης ποσότητας που δεν γνωρίζουμε αν είναι όντως τοξική ή ουσιών με μικρή ή αμφίβολη επικινδυνότητα.

Εμετός όμως δεν πρέπει να προκαλείται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- Όταν το θύμα δεν έχει πλήρως τις αισθήσεις του.
- Στην περίπτωση κατανάλωσης παραγώγων πετρελαίου και μη υδαρών διαλυτών (στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα καθαριστικά για το φούρνο ή το μπάνιο, η αλισίβα, τα λευκαντικά, η αμμωνία).
- Στην κατάποση υγρών που αφρίζουν και μπορεί να προκαλέσουν ασφυξία.

- Στην κατανάλωση καυστικών ή διαβρωτικών ουσιών.

Μια μέθοδος διαδεδομένη ακόμα και σήμερα για να προκαλέσουμε εμετό είναι η χορήγηση αλατόνευρου. Αυτή η μέθοδος είναι τελείως παράλογη και επικίνδυνη για δυο λόγους (Βλάχος Π. 1996) :

- Σπανίως προκαλεί εμετό
- Μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική λήψη αλατιού, με αποτέλεσμα να αυξηθεί το νάτριο στο αίμα τόσο πολύ ώστε να γίνει μοιραίο.

Όταν ο εμετός είναι απαραίτητος μπορεί αντίθετα να προκληθεί με:

- Φυσικά μέσα, όπως διέγερση του φάρυγγα φροντίζοντας, αν ο ασθενής δεν έχει γεμάτο στομάχι, να του χορηγήσουμε υγρά από το στόμα έτσι ώστε να επιτύχουμε ικανοποιητική γαστρική πληρότητα και επομένως , αποτελεσματικό εμετό.
- Χορήγηση σιροπιού με ιατρική επίβλεψη.

Όταν δεν είναι δυνατόν να προκληθεί εμετός ή αν ο εμετός αντενδείκνυται, πρέπει να ανατρέξουμε στην πλύση στομάχου, η οποία πρέπει να γίνει μόνο σε ιατρικό κέντρο πρώτων βοηθειών και ποτέ σε περίπτωση κατάποσης καυστικών ή διαβρωτικών, γιατί τότε υπάρχει κίνδυνος να χειροτερέψουν οι πληγές του οισοφάγου.

Σε περίπτωση δηλητηρίων αργής απορρόφησης ή αν οι πρώτες βοήθειες δοθούν 10-12 ώρες μετά τη λήψη του δηλητηρίου, μπορεί να είναι χρήσιμο ένα δυνατό καθαρτικό (θειούχο νάτριο ή μαγνήσιο και ρετσινόλαδο. Το τελευταίο αντενδείκνυται σε δηλητηριάσεις από εντομοκτόνα, ναφθαλίνη, φώσφορο και άλλες ουσίες διαλυτές στα λίπη, επειδή ευνοεί την απορρόφησή τους από το έντερο).

3.3.a. Ειδικές περιπτώσεις Δηλητηριάσεων

1. Γεωργικά φάρμακα:

(παραθείο και άλλα της ίδιας σειράς)Αυτά απορροφούνται αν έρθουν σε επαφή με το ανθρώπινο σώμα (από το στόμα, με την αναπνοή στο ράντισμα,, από το δέρμα, ακόμα κι απ' τα' βρεγμένα ρούχα). Τα συμπτώματα είναι εμετός, βήχας, πονοκέφαλος και ιδρώτες. Οι κόρες των ματιών μικραίνουν και ή καρδιά κτυπά αραιά.

Πρώτες βοήθειες (Θέματα τοξικολογίας, 1993) :

- Αν τα ρούχα ενός ατόμου έχουν βραχεί με γεωργικό φάρμακο, θα πρέπει να τα βγάλει και να πλύνει το σώμα του με άφθονο νερό και σαπούνι, πριν να απορροφηθεί το δηλητήριο.
- Σε περίπτωση που το φάρμακο έχει παρθεί απ' το στόμα, εφαρμόζουμε τους γενικούς κανόνες που αναφέραμε πιο πάνω και το άτομο πρέπει να μεταφερθεί το συντομότερο σε γιατρό. Ειδικό αντίδοτο είναι η ατροπίνη σε ενέσεις.
- **Προφύλαξη:** Αυτοί που ψεκάζουν με τα γεωργικά φάρμακα θα πρέπει να παίρνουν μέτρα προστασίας. Να μην έρχονται σε επαφή με το φάρμακο κι αν αισθανθούν κάποιο ενόχλημα να απομακρυνθούν αμέσως και να ζητήσουν βοήθεια.

2. Δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα:

Ιδιαίτερα επικίνδυνη και πιο συχνή είναι η δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα (CO)

Μονοξείδιο του άνθρακα παράγεται εκεί που γίνεται ατελής καύση, όπως σε μαγκάλι, σάμπα πετρελαίου χωρίς σωλήνες, σόμπα υγραερίου. Πολύ μονοξείδιο του άνθρακα περιέχει το φωταέριο. Το μονοξείδιο είναι ισχυρό δηλητήριο και ύπουλο γιατί δεν προδίνει την παρουσία του. Στην αρχή προκαλεί ελαφρά ζάλη, πονοκέφαλο, αδυναμία και τέλος ο δηλητηριασμένος χάνει, τις αισθήσεις του και πέφτει σε κόμα. (Θέματα τοξικολογίας, 1993)

Πρώτες βοήθειες (Θέματα τοξικολογίας, 1993) :

- Καλύψτε τη μύτη και το στόμα πριν εκτεθείτε στον κίνδυνο (για απομάκρυνση του θύματος από το χώρο) αφού προηγουμένως ενημερώσετε κάποιον
- Ανοίξτε διάπλατα τα παράθυρα.
- Κλείστε το σημείο διαρροής, εφόσον μπορείτε. Μην χρησιμοποιήσετε αναπτήρα ή σπίρτα διότι υπάρχει κίνδυνος έκρηξης.
- Μεταφέρετε τον πάσχοντα το γρηγορότερο δυνατό σε καθαρό αέρα.
- Ελέγξτε τα ζωτικά σημεία του πάσχοντα και αν δεν έχει σφυγμό και αναπνοή εφαρμόστε ΚΑΡΠΑ.
- Φροντίστε για την άμεση μεταφορά του πάσχοντα σε Νοσοκομείο, για την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών και χορήγηση O₂.

Προφύλαξη: Ο χώρος όπου υπάρχει κίνδυνος να σχηματιστεί μονοξείδιο του άνθρακα θα πρέπει να αερίζεται τακτικά και αρκετά. Ποτέ δεν πρέπει να κοιμόμαστε με αναμμένο μαγκάλι ή αναμμένη σόμπα υγραερίου ή πετρελαίου.

3. Δηλητηρίαση από οινόπνευμα

Διακρίνεται στην οξεία δηλητηρίαση (μέθη) και στη χρόνια δηλητηρίαση, όπου πλέον μιλάμε για αλκοολισμό.

Πρώτες Βοήθειες (Θέματα τοξικολογίας, 1993) :

- Προκαλέστε εμετό
- Χορηγήστε γλυκά ροφήματα, όπως ζαχαρόνερο, πορτοκαλάδα κ.α.
- Διατηρήστε τον πάσχοντα ζεστό
- Μεταφέρετε τον πάσχοντα γρήγορα στο νοσοκομείο αν έχει χάσει τις αισθήσεις του, αφού τον τοποθετήσετε σε θέση ανάντησης

4.Τροφική δηλητηρίαση



Τροφική δηλητηρίαση μπορεί να προκληθεί είτε από τροφές που είναι δηλητηριώδεις από τη φύση τους, είτε από τροφές που έχουν υποστεί αλλοίωση από την κακή συντήρηση και την ανάπτυξη μικροβίων σ' αυτές. (Βλάχος Π. 1996)

Πρώτες Βοήθειες (Βλάχος Π. 1996) :

- Προκαλέστε έμετο.
- Χορηγείστε, μετά τον έμετο, ενεργό άνθρακα.
- Αντιμετωπίστε τη διάρροια με τροφές όπως ρύζι, φρυγανιά, βρασμένη πατάτα, βρασμένο καρότο, κομπόστα μήλο, μπανάνα.
- Αντιμετωπίστε την αφυδάτωση με έτοιμα φαρμακευτικά σκευάσματα ή χορηγήστε άφθονα υγρά, τσάι με λεμόνι, αναψυκτικά τύπου cola (χωρίς ανθρακικό) γουλιά γουλιά.
- Φροντίστε για τη σταδιακή επανασίτιση.

Δηλητηρίαση από μανιτάρια:



Πολλά από τα μανιτάρια πού φυτρώνουν μόνα τους στα χωράφια και τα βουνά είναι δηλητηριώδη και πολύ επικίνδυνα για τον άνθρωπο. Κάθε χρόνο, πολλά άτομα παθαίνουν δηλητηρίαση από μανιτάρια και μερικά πεθαίνουν. Πολλές φορές είναι πολύ δύσκολο να ξεχωρίσουν τα επικίνδυνα από τα αθώα μανιτάρια. Γι' αυτό είναι φρόνιμο να μη τρώμε τα μανιτάρια αυτά και κυρίως να μη τα δίνουμε ποτέ στα παιδιά, πού είναι περισσότερο ευαίσθητα. Τα καλλιεργημένα μανιτάρια είναι ακίνδυνα και μπορούν να φαγωθούν χωρίς κανένα φόβο. Τα συμπτώματα από τη δηλητηρίαση αργούν να φανούν. Συνήθως αρχίζουν 12-18 ώρες μετά, σαν εμετός και διάρροιες. (Βλάχος Π. 1996)

- **Πρώτες βοήθειες:** Άμεση μεταφορά σε Νοσοκομείο.

5. Δάγκωμα από φίδι:

Στην Ελλάδα τα δηλητηριώδη φίδια είναι τα εχιδνοειδή, δηλαδή 2-3 είδη οχιάς.

Πρώτες βοήθειες: Μετά το δάγκωμα προσπαθούμε να απομακρύνουμε το δηλητήριο πριν να μπει στη κυκλοφορία. Για το σκοπό αυτό, δεν πρέπει το θύμα να βαδίζει, αλλά θα πρέπει να μείνει ακίνητο γιατί έτσι αποφεύγεται ή γρήγορη απορρόφηση του δηλητηρίου. (Filippo Medina 1998)

- Με ένα επίδεσμο ή ένα ύφασμα σφίγγουμε σφιχτά το μέλος πιο ψηλά απ' το σημείο της πληγής, έτσι πού να εμποδίσουμε τη φλεβική κυκλοφορία, αλλά όχι την αρτηριακή. Τον επίδεσμο αυτό τον χαλαρώνουμε για 1-2 λεπτά κάθε μισή ώρα. (Filippo Medina 1998)
- Καθαρίζουμε τη περιοχή γύρω από τη πληγή.
- Απαγορεύεται να δώσουμε στο θύμα οινοπνευματώδη ποτά, επειδή κάνουν το δηλητήριο να απορροφάται πολύ εύκολα. Τα ίδια μέτρα παίρνονται και σε περίπτωση πού το άτομο έχει κεντριστεί από σκορπιό. (Filippo Medina 1998)
- Στην περίπτωση δαγκώματος από φίδι, θα πρέπει να γίνει ειδικός ορός με ένεση από γιατρό. (Filippo Medina 1998)

6. Κέντρισμα από μέλισσα, σφήκα ή άλλο παρόμοιο έντομο:

Το κέντρισμα των εντόμων αυτών είναι πολύ συχνό κυρίως το καλοκαίρι και το φθινόπωρο. Συνήθως προκαλεί μόνον τοπικά φαινόμενα (πρήξιμο και πόνο). Σε μερικά όμως ευαίσθητα άτομα μπορεί να προκαλέσει έντονα γενικά αλλεργικά φαινόμενα με σοβαρά επακόλουθα.

Πρώτες βοήθειες (Filippo Medina 1998) :

- Εφαρμόζεται τοπικά αντιισταμινική αλοιφή.
- Αν παρουσιαστούν γενικά συμπτώματα (δυσκολία στην αναπνοή, πρήξιμο στο πρόσωπο, λιποθυμία, σοκ) το άτομο πρέπει να μεταφερθεί σε νοσοκομείο ή να εξετασθεί αμέσως από γιατρό.

3.4. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΤΗΤΑΣ

Η καλή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού επιτυγχάνεται στην κανονική θερμοκρασία των 36-37° C. Για να διατηρήσουμε αυτή τη θερμοκρασία προσαρμοζόμαστε στις διαφορετικές εξωτερικές συνθήκες με τη συσσώρευση θερμότητας όταν είναι κρύο και με τον ιδρώτα ,ως αποβολή θερμότητας όταν είναι ζέστη .Έτσι ,για να διατηρούμε τη ζέστη, όταν κάνει κρύο, μπορούμε να φοράμε καλής ποιότητας ζεστά ρούχα .Αντίθετα, σε περιόδους ζέστης θα πρέπει να φοράμε άνετα και καλώς αεριζόμενα ρούχα βαμβακερά ,τα οποία επιτρέπουν την εξάτμιση του ιδρώτα. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να τρώμε υψηλής ενέργειας φαγητά όταν κάνει κρύο, ενώ πρέπει να πίνουμε πολλά υγρά όταν κάνει πολλή ζέστη.

Η έκθεση του σώματος σε υπερβολικές θερμοκρασίες, είτε σε κρύο, είτε σε ζέστη, μπορεί να επιφέρει βλάβη στο δέρμα ή στους άλλους ιστούς του σώματος.

3.4.a. ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ



Η **Θερμοπληξία** αποτελεί μια εξαιρετικά σοβαρή κατάσταση που είναι δυνατό να οδηγήσει -αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα- το θύμα στο θάνατο.(Smith J and Wallis L. 2005)

Οφείλεται σε έναν ιδιαίτερο συνδυασμό υψηλής θερμοκρασίας περιβάλλοντος με αυξημένη υγρασία περιβάλλοντος και αδυναμία του ανθρώπινου οργανισμού να εξατμίσει τον ιδρώτα που εκκρίνεται προκειμένου να απομακρυνθεί από τον οργανισμό με την εξάτμιση θερμότητα. Οι ψηλές θερμοκρασίες και οι καύσωνες απειλούν την υγεία περισσότερο από όλες τις άλλες φυσικές καταστροφές. Η θερμοπληξία είναι η πλέον σοβαρή ασθένεια που προκαλείται στον άνθρωπο λόγω ψηλής θερμοκρασίας. **Συμβαίνει όταν το σώμα μας δεν μπορεί πλέον να ελέγχει τη θερμοκρασία του.** Η θερμοκρασία του σώματος αυξάνεται τότε γρήγορα και οι μηχανισμοί εφίδρωσης για να κρύνει το σώμα αποτυγχάνουν. Όταν ο οργανισμός βρεθεί σε αυτή την κατάσταση, η θερμοκρασία του σώματος μπορεί να ανέλθει στους 41 βαθμούς Κελσίου ή ψηλότερα, σε 10 έως 15 λεπτά. Η θερμοπληξία μπορεί να

προκαλέσει θάνατο ή μόνιμες αναπηρίες εάν δεν παρασχεθεί άμεσα, επείγουσα ιατρική περίθαλψη. .(Smith J and Wallis L. 2005)

Τα προειδοποιητικά σημεία που συνοδεύουν τη θερμοπληξία περιλαμβάνουν τα εξής: Αύξηση σε πολύ ψηλά επίπεδα της θερμοκρασίας του σώματος, άνω των 39,5 βαθμών Κελσίου, το δέρμα γίνεται κόκκινο, ζεστό και ξηρό λόγω του ότι δεν υπάρχει πλέον εφίδρωση, ο καρδιακός παλμός είναι γρήγορος και έντονος. .(Smith J and Wallis L. 2005)

Τα συμπτώματα που μπορεί να υπάρχουν είναι ρυθμικός πονοκέφαλος, ζάλη, ναυτία, αναγούλες, σύγχυση, απώλεια συνείδησης και συγκοπή (λιποθυμία), ερυθρότητα δέρματος και ξηρότητα, αυξημένος αριθμός αναπνοών, σπασμοί, απώλεια αισθήσεων. .(Smith J and Wallis L. 2005)

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τι πρέπει να κάνουμε εάν αντιληφθούμε ότι κάποιος παρουσιάζει ένα ή περισσότερα προειδοποιητικά σημεία της θερμοπληξίας. Η έγκαιρη αναγνώριση της θερμοπληξίας μπορεί να σώσει τη ζωή του ασθενούς.

Σε περίπτωση που αντιληφθούμε ότι κάποιος παρουσιάζει προειδοποιητικά σημεία θερμοπληξίας μπορούμε να κάνουμε τα ακόλουθα ενώ παράλληλα εμείς ή κάποιος άλλος πρέπει να καλέσουμε ιατρική βοήθεια: (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης)

1. Μεταφορά του θύματος σε σκιερό μέρος, μείωση της θερμότητας του ασθενούς με οποιοδήποτε τρόπο όπως για παράδειγμα περιλουίζοντας ή ψεκάζοντας τον με κρύο νερό ή κάνοντας του με αυτό μπάνιο ή ντους.

2. Αφαιρούνται τα βαριά ρούχα ώστε να αερίζεται καλά το σώμα και του αερίζουμε το σώμα με οποιοδήποτε μέσο (πχ. Βεντάλια).

3. Βοηθούν επιπλέον οι κρύες κομπρέσες ή το σφουγγάρι με κρύο νερό και η χρήση ανεμιστήρα. Χρειάζεται επίσης παρακολούθηση με μετρήσεις της θερμοκρασίας του σώματος μέχρι αυτή να κατέβει κάτω από 38,5 βαθμούς Κελσίου.

4. Κάνουμε ζοηρές εντριβές στα άκρα (χέρια και πόδια) με κατεύθυνση από κάτω προς τα πάνω.

5. Δίνουμε να εισπνεύσει ξύδι, αιθέρα ή αμμωνία, και αν μπορεί να πει του δίνουμε άφθονα υγρά και μικρές ποσότητες αλατιού για να αναπληρώσει ο οργανισμός τις απώλειες εξαιτίας της μεγάλης εφίδρωσης.

6.. Εάν η ιατρική βοήθεια που πρέπει αναζητηθεί και να παρασχεθεί το ταχύτερο δυνατόν, αργεί να έρθει, είναι καλό να ζητηθούν οδηγίες, από τους γιατρούς του τμήματος επειγόντων περιστατικών ή από άλλους γιατρούς

Η γνώση των βασικών αυτών στοιχείων μπορεί να είναι ωφέλιμη όχι μόνο για μας και την οικογένεια μας αλλά και για συνανθρώπους μας που θα είμαστε σε θέση να βοηθήσουμε εάν βρεθούν στον κίνδυνο της θερμοπληξίας.

Ποια είναι τα μέτρα πρόληψης της θερμοπληξίας;

Η λήψη άφθονων υγρών, η προστασία από τον ήλιο, η παραμονή σε σκιερό μέρος, η κατάλληλη ενδυμασία, η χρήση αντηλιακών κρεμών, η παρακολούθηση ηλικιωμένων και άλλων που ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες, ο καλός προγραμματισμός των δραστηριοτήτων, τα κλιματιστικά συστήματα, μπορούν μεταξύ άλλων να συμβάλουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της απειλής των ψηλών θερμοκρασιών. (Mazerolle SM, Scruggs IC, Douglas J.2010)

Οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού περιλαμβάνουν βρέφη και παιδιά μέχρι 4 ετών, άτομα 65 ετών και άνω, παχύσαρκους και άτομα που έχουν κάποια σοβαρή πάθηση ή που παίρνουν ορισμένα φάρμακα.

Τα φάρμακα που μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο θερμοπληξίας περιλαμβάνουν ψυχοτρόπα φάρμακα, φάρμακα κατά της νόσου Πάρκινσον (μειώνουν την εφίδρωση) και ηρεμιστικά . (Mazerolle SM, Scruggs IC, Douglas J.2010)

Άλλοι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο θερμοπληξίας είναι ο πυρετός, οι καρδιοπάθειες, οι ψυχικές παθήσεις, η κακή κυκλοφορία του αίματος, τα ηλικιακά εγκαύματα και το αλκοόλ. (Mazerolle SM, Scruggs IC, Douglas J.2010)

Οι **πρώτες βοήθειες** σε περίπτωση Θερμοπληξίας περιλαμβάνουν (Mazerolle SM, Scruggs IC, Douglas J.2010) :

- μεταφορά του θύματος σε δροσερό μέρος (κοντά σε ανεμιστήρα ή σε air condition)
- αφαίρεση ρούχων θύματος
- καλύπτουμε με ένα λεπτό ύφασμα το θύμα και το ψεκάζουμε με δροσερό νερό ώστε να διευκολύνουμε την εξάτμιση του ιδρώτα και την αποβολή της θερμότητας.

3.4.b. ΥΠΟΘΕΡΜΙΑ - ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ



Όταν η εσωτερική θερμοκρασία του σώματος μας πέφτει κάτω από 35 βαθμούς Κελσίου, το αποτέλεσμα είναι η υποθερμία. Η υποθερμία, εάν παραμείνει χωρίς αντιμετώπιση, μπορεί να προκαλεί απώλεια συνείδησης, καρδιακή ανακοπή και θάνατο (Dr. A.S. Playfair, 1993). Η υποθερμία προκαλείται από έκθεση σε πολικές θερμοκρασίες, αλλά και από παρατεταμένη έκθεση σε ψυχρό άνεμο ή βροχή. Μια σειρά άλλων παραμέτρων μπορούν να προκαλέσουν επίσης υποθερμία, σε κάποιον που πραγματοποιεί δραστηριότητες στη φύση, όπως (Dr. A.S. Playfair, 1993) :

- Μεγάλη κούραση, από επίπονη και έντονη προσπάθεια
- Ανεπαρκής ρουχισμός, που αφήνει το κρύο να φτάνει στο σώμα
- Κακή διατροφή, χαμηλή σε ουσίες που παράγουν θερμίδες
- Έλλειψη γνώσεων και κακή προετοιμασία

Οι άνθρωποι που παθαίνουν υποθερμία, μπορεί αρχικά να μην το αντιλαμβάνονται. Ο λόγος είναι διότι η κατάσταση προκαλεί πνευματική σύγχυση που δεν επιτρέπει στους ανθρώπους να συνειδητοποιήσουν ότι χρειάζονται επείγοντως περίθαλψη. Επίσης ακόμη ένας λόγος που κάνει τους ανθρώπους να μην την αντιλαμβάνονται

έγκαιρα, είναι επειδή η υποθερμία εγκαθίσταται προοδευτικά ταυτόχρονα με την πτώση της εσωτερικής θερμοκρασίας του σώματος. (Dr. A.S. Playfair, 1993)
Τα σημεία και συμπτώματα της υποθερμίας περιλαμβάνουν:

1. Ανεξέλεγκτο ρίγος
2. Δυσκολίες ομιλίας με μπέρδεμα του λόγου
3. Ασυνήθιστα χαμηλή συχνότητα αναπνοής
4. Κρύο και χλωμό δέρμα
5. Απώλεια συντονισμού των κινήσεων, απώλεια συνείδησης, λιποθυμία
6. Παράλογη συμπεριφορά ή απάθεια
7. Καρδιακός παλμός που είναι αδύναμος, ακανόνιστος ή μη ψηλαφητός
8. Μαζί με την υποθερμία μπορεί να συνυπάρχει και κρουπάγημα

Ειδοποιείτε το ΕΚΑΒ

Σταματήστε την απώλεια θερμότητας, βρίσκοντας καταφύγιο, που να προφυλάσσει το θύμα από τον αέρα και την βροχή. Αλλάξτε τα βρεγμένα ρούχα και βάλτε στεγνά. Η τοποθέτηση ζεστών κομπρεσών στο λαιμό, στο θώρακα και στις βουβωνικές περιοχές, μπορεί να βοηθήσει διότι έτσι θερμαίνεται το αίμα που κυκλοφορά διαμέσου των μεγάλων αιμοφόρων αγγείων που περνούν από τις εν λόγω κομβικές περιοχές. Αποφύγετε την επαφή του ατόμου με το έδαφος αν αυτό είναι παγωμένο, βάζοντας το να καθίσει πάνω σε ένα σακίδιο ή sleeping bag. Καθίστε κολλητά ο ένας με τον άλλο, ώστε να ζεσταθεί το άτομο από την θερμότητα των σωμάτων των άλλων μελών της ομάδας. Δώστε στο άτομο να πιεί ζεστά ροφήματα και φαγητά που περιέχουν ζάχαρη (μόνο όταν διατηρεί τις αισθήσεις του). (Dr. A.S. Playfair, 1993)

Δεν πρέπει να τοποθετείται άμεση πηγή θερμότητας όπως ζεστό νερό ή λάμπα θέρμανσης. Επίσης πρέπει να αποφεύγετε να θερμαίνετε πρώτα τα άκρα του σώματος δηλαδή τα πόδια και τα χέρια. Ο λόγος είναι διότι έτσι το κρύο αίμα θα φεύγει από την περιφέρεια και θα πηγαίνει στο κέντρο του σώματος επιδεινώνοντας έτσι την κατάσταση. Αποφεύγετε το τρίψιμο ή το μασάζ του θύματος της υποθερμίας. Χρειάζεται πολύ απαλή μεταχείριση διότι υπάρχει ο κίνδυνος καρδιακής ανακοπής. (Dr. A.S. Playfair, 1993)

ΠΡΟΣΟΧΗ

Μην δίνετε στο άτομο να πει οινόπνευματώδη. Προκαλούν διεύρυνση των αιμοφόρων αγγείων με αποτέλεσμα την απώλεια θερμότητας

Ακόμα και όταν το άτομο ανακτήσει την θερμοκρασία του, ή παροχή θερμότητας θα πρέπει να συνεχιστεί, μέχρι να μπορεί από μόνο του το σώμα να παράγει την ικανή και αναγκαία θερμότητα, που θα διατηρεί την θερμοκρασία του σταθερή. (Dr. A.S. Playfair, 1993)

- καλούμε το ΕΚΑΒ στον τηλ.αριθμό 166 προκειμένου να μεταφερθεί το θύμα στο νοσοκομείο και να υποστηριχθεί υδατοηλεκτρολυτικά.

3.4.c. ΚΡΥΟΠΑΓΗΜΑΤΑ



Κρυοπαγήματα: Ονομάζονται όλες οι τοπικές βλάβες των ιστών οι οποίες έχουν προκληθεί μετά από επίδραση ιδιαίτερα χαμηλής θερμοκρασίας. Συχνά τα έχουμε αντιμετωπίσει σε καταστάσεις πολέμου. Η ελαφρύτερη μορφή κρυοπαγημάτων είναι οι χιονίστρες, οι οποίες παρουσιάζονται οποτεδήποτε η θερμοκρασία είναι χαμηλή. (Δημοτικό δίκτυο υγείας ΟΤΑ, Αθήνα 2006)

Τα κρυοπαγήματα συνήθως προσβάλλουν την μύτη, τα αυτιά, τα άκρα των χεριών και των ποδιών. Στοιχεία που επιδεινώνουν και ενισχύουν τα κρυοπαγήματα, είναι η συνεχής έκθεση στο κρύο, κακή ένδυση, υγρασία, ακινησία και η παρουσία αποφρακτικής αρτηριοπάθειας. (Δημοτικό δίκτυο υγείας ΟΤΑ, Αθήνα 2006)

Σε καταστάσεις λοιπόν έντονου ψύχους που επιδρά στον ανθρώπινο οργανισμό, το δέρμα αντιδρά με σύσπαση των αγγείων του. Έτσι τα άκρα γίνονται ωχρά και ψυχρά. Όσο παρατείνεται η επίδραση του ψύχους, τότε προκαλείται πρήξιμο στο δέρμα και στην συνέχεια εμφάνιση φυσαλίδων. Στο σημείο αυτό ο ασθενής αισθάνεται πόνο, μυρμηγκιάσεις και τσιμπήματα. Τελικό στάδιο είναι η νέκρωση του δέρματος και η αναισθησία του (γάγγραινα), όπου αργότερα απαιτείται ακρωτηριασμός. (Δημοτικό δίκτυο υγείας ΟΤΑ, Αθήνα 2006)

Πρώτες βοήθειες:

Σε όλες τις περιπτώσεις, οι πρώτες βοήθειες έχουν να κάνουν με την προσπάθεια αναθέρμανσης. Η αναθέρμανση γίνεται με το «βάπτισμα» του μέλους σε ζεστό νερό 35-40°C για περίπου 20 λεπτά (γρήγορη αναθέρμανση) ή σε νερό που ξεκινά αρχικά στους 10 βαθμούς και σταδιακά γίνεται πιο ζεστό για περίπου αρκετή ώρα (βραδεία αναθέρμανση). Σε καμία περίπτωση δεν καλύπτουμε με κουβέρτες, ή κάνοντας εντριβές με χιόνι ή πολύ ζεστό νερό, ή τοποθετώντας το μέλος κοντά σε σώμα. Καλύπτουμε το μέλος με ζεστά ρούχα και χορηγούμε στον ασθενή ζεστά ροφήματα όχι όμως οινοπνευματώδη. Μόλις αρχίσει να βελτιώνεται το χρώμα του μέλους, τότε μπορούν να γίνουν ελαφριές κινήσεις και αργότερα να παρακεντηθούν οι φυσαλίδες και οι φλύκταινες και να καλυφθούν με αποστειρωμένη γάζα. (Δημοτικό δίκτυο υγείας ΟΤΑ, Αθήνα 2006)

3.5. ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ



Ως **ηλεκτροπληξία** χαρακτηρίζεται το σύνολο των βλαβών που προκαλούνται από την επίδραση του **ηλεκτρικού ρεύματος**. Για να συμβεί ηλεκτροπληξία προαπαιτείται να διοχετευτεί, με οποιονδήποτε τρόπο, στον ανθρώπινο οργανισμό **ηλεκτρισμός**, υψηλής ή χαμηλής **έντασης**. (Filippo Medina 1998)

Το ηλεκτρικό ρεύμα προκαλεί τις εξής βλάβες (Filippo Medina 1998) :

- καρδιακή ή αναπνευστική ανακοπή. Σοβαρές καρδιακές αρρυθμίες καθώς και κοιλιακή μαρμαρυγή (άμεσα ΚΑΡΠΑ !). Από την δίοδο του ρεύματος στο αναπνευστικό κέντρο του εγκεφάλου (στον προμήκη), μπορεί να επέλθει αναπνευστική παύση.
- μαζική μυϊκή καταστροφή από την δίοδο του ρεύματος στο σώμα αλλά και από τους σπασμούς που επέρχονται (όταν το ρεύμα είναι εναλλασσόμενο). Η μυϊκή καταστροφή μπορεί να οδηγήσει σε οξεία νεφρική ανεπάρκεια (λόγω απόφραξης των νεφρικών σωληναρίων από τη μυοσφαιρίνη που απελευθερώνεται).
- ηλεκτρικά εγκαύματα:



Αυτά είναι τριών ειδών:

Θερμικά εγκαύματα από τα ρούχα του θύματος που μπορεί να αρπάξουν φωτιά.

Εγκαύματα από το σπινθήρα άμεσα.

Εγκαύματα από τη βαθιά δίοδο του ρεύματος στο σώμα. Το ανθρώπινο σώμα υποδύεται το ρόλο ηλεκτρικής αντίστασης και το ρεύμα περνώντας μέσα του παράγει θερμότητα. Είναι πολύ σοβαρά και μπορεί με την πρώτη ματιά να υποτιμηθούν ως προς το βάθος τους. (Filippo Medina 1998)

Αίτια:

- ακούσια επαφή με ανοικτές πηγές ηλεκτρικού ρεύματος

- ατυχήματα σε παιδιά που παίζουν με τις πρίζες
- πυρκαγιές
- κακοσυντηρημένα και παλιά ηλεκτρικά μηχανήματα
- κεραυνοπληξία

Πρώτες Βοήθειες (Filippo Medina 1998) :

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

3.6. ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ



Τα εγκαύματα, είναι βλάβες του δέρματος, που προκαλούνται από θερμότητα, χημικές ουσίες, ηλεκτρισμό ή ακτινοβολία. Έτσι αντίστοιχα διακρίνονται σε θερμικά, χημικά, εγκαύματα από ηλεκτρισμό και ακτινικά. Ομότιμες δερματικές βλάβες μπορεί να προκληθούν και κατά την επαφή με υλικά πολύ χαμηλής θερμοκρασίας. Η βαρύτητα ενός εγκαύματος, προσδιορίζεται (Filippo Medina 1998) :

- Από το βάθος της εγκαυματικής βλάβης
- Από την έκταση που καταλαμβάνει η βλάβη

Όσον αφορά το βάθος, τα εγκαύματα κατά μία παλαιότερη κατάταξη, διακρίνονται σε τρεις βαθμούς.

1ου βαθμού. Η βλάβη αφορά μόνο την επιδερμίδα. Εμφανίζονται ως επώδυνο ερύθημα. Ο πόνος είναι ήπιος και υποχωρεί σε διάστημα 2-3 ημερών. Είναι τα συχνότερα και τα ελαφρύτερης προγνώσεως εγκαύματα. Τα ηλιακά εγκαύματα του καλοκαιριού, που δεν συνοδεύονται από φυσαλίδες, αποτελούν το γνωστότερο παράδειγμα. Επουλώνονται χωρίς να εγκαταλείπουν ουλή («σημάδι»). Ο απαιτούμενος χρόνος ίασεως, είναι περίπου μία εβδομάδα. (Filippo Medina 1998)

2ου βαθμού. Προκαλούν έντονο και χαρακτηριστικό πόνο. Εμφανίζονται ως περιοχές έντονης ερυθρότητας, στις οποίες μπορεί να αναπτύσσονται φυσαλίδες, με διαυγές υγρό περιεχόμενο. Επουλώνονται σε διάστημα 10-15 ημερών. Εφ' όσον δεν μολυνθούν και εντοπίζονται στις ανώτερες στοιβάδες του χορίου, δεν εγκαταλείπουν ουλή («σημάδι»). (Filippo Medina 1998)

Ξεπλένουμε το τραύμα με κρύο νερό για περίπου 10 λεπτά για να σταματήσουμε το κάψιμο και να ανακουφίσουμε τον πόνο.

Αφαιρούμε κοσμήματα, ρολόι ή σφικτά ρούχα από την τραυματισμένη περιοχή πριν αρχίσει να πρήζεται.

Καλύπτουμε την περιοχή με αποστειρωμένο επίδεσμο ή με σεντόνια.

3ου βαθμού. Είναι τα βαθύτερα και χειρότερης προγνώσεως εγκαύματα. Η βλάβη επεκτείνεται στον υποδόριο ιστό και παρουσιάζεται ως καφεοειδής ή μελανή περιοχή. Είναι ανώδυνα, παρά τη βαρύτητά τους, λόγω της τοπικής καταστροφής των δερματικών νευρικών ινών. Επουλώνονται σε διάστημα 30-45 ημερών ή και περισσότερο. Εγκαταλείπουν δύσμορφες σκουρόχρωμες ουλές. (Filippo Medina 1998)

Νεότερες κατατάξεις, περιγράφουν τα εγκαύματα ως:

- Μερικού πάχους
- Ολικού πάχους

Η βαρύτητα ενός εγκαύματος και ο κίνδυνος που δημιουργείται για την ζωή του θύματος, αποτελούν συνδυασμό του βάθους και της έκτασης του εγκαύματος. Έτσι, διακρίνονται σε ήπια, μέτρια και βαριά εγκαύματα. (Filippo Medina 1998)

Η πρώτη ενέργεια που πρέπει να γίνει, εάν κάποιος βρίσκεται σε έναν φλεγόμενο χώρο και καίγονται τα ρούχα του, είναι να κατασβησθεί η φωτιά από τα ρούχα. Εάν δεν υπάρχει διαθέσιμο νερό, καλύπτεται το θύμα με ένα σεντόνι ή με μια κουβέρτα για να σβήσει η φωτιά. Εάν ούτε αυτά είναι διαθέσιμα, το θύμα κυλιέται πάνω στο δάπεδο. Εν συνεχεία μεταφέρεται αμέσως στον καθαρό αέρα. Του αφαιρούνται δακτυλίδια, κοσμήματα, ρολόι και γενικά κάθε μεταλλικό αντικείμενο, που μπορεί να διατηρεί θερμότητα. Εάν ο εγκαυματίας δεν αναπνέει (λόγω εισπνοής καπνού, κ.λπ.), θα πρέπει κάποιος γνώστης Α΄ βοηθειών να ξεκινήσει αναζωογόνηση («φιλί της ζωής»). Εάν αναπνέει, διαβρέχονται οι εγκαυματικές επιφάνειες με άφθονο δροσερό νερό. Αφαιρούνται τα ρούχα. Κατά την αφαίρεσή τους απαιτείται προσοχή, διότι υπάρχουν περιπτώσεις ενσωματώσεως του υφάσματος πάνω στην εγκαυματική επιφάνεια («κολλάνε τα ρούχα στο δέρμα»). Τότε σχίζεται με προσοχή ή κόβεται με ένα ψαλίδι το ύφασμα και εγκαταλείπεται το τμήμα του πάνω στην εγκαυματική επιφάνεια. Εφ' όσον το θύμα διατηρεί τις αισθήσεις του και καταπίνει ελεύθερα, μπορεί να του δοθεί νερό να πιεί και κάποιο διαθέσιμο παυσίπονο για την αντιμετώπιση του πόνου. Μεταφέρεται σε Θεραπευτήριο για περαιτέρω εκτίμηση της κατάστασής του και αντιμετώπιση. (Filippo Medina 1998)

Σε περίπτωση ηλιακών εγκαυμάτων, απαγορεύεται η επανέκθεση στη θερμική ηλιακή ακτινοβολία, μέχρι να υποχωρήσει η κατάσταση. Στην προσβεβλημένη περιοχή, γίνεται επάλειψη με ανακουφιστικές υδατικές κρέμες.

ΠΡΟΣΕΞΤΕ (Dr. A.S. Playfair, 1993)

- Τα εγκαύματα μολύνονται πολύ εύκολα. Χρησιμοποιείστε στεγνά σεντόνια.
- Μην αγγίζετε και μην παρεμβαίνετε στην καμένη περιοχή
- Μην πιέζετε τις φλύκταινες για να σκάσουν.
- Μην βάζετε λοσιόν, αλοιφές ή λάδι πάνω στο τραύμα
- Καλύψτε το τραύμα για να το προστατεύσετε από μικρόβια.
- Μην εφαρμόζετε πάγο στις εγκαυματικές περιοχές.

3.6.a. Έγκαυμα από τον ήλιο

Μπορεί να προκληθεί από υπερβολική έκθεση στις ακτίνες του ήλιου ή μιας υπεριώδης λάμπας.

Τα περισσότερα είναι επιφανειακά με ερύθημα, φαγούρα, ευαισθησία.

Αγωγή

- Βοηθούμε τον πάσχοντα να πάει στην σκιά ή καλύτερα σε κλειστό χώρο
- Δροσίζουμε το δέρμα του με ένα σφουγγάρι με κρύο νερό ή τον βάζουμε σε μία μπανιέρα με κρύο νερό.
- Δίνουμε τακτικά στον πάσχοντα γουλιές κρύου νερού. Αν τα εγκαύματα είναι ελαφρά ένα αντηλιακό μετά τον ήλιο μπορεί να απαλύνει το έγκαυμα.

3.7. ΠΝΙΓΜΟΣ



Πνιγμός είναι όλα τα ασφυκτικά φαινόμενα και οι πολύπλοκες βιοχημικές μεταβολές και διαταραχές που ακολουθούν την απόφραξη των αεροφόρων οδών από βύθιση του σώματος στο νερό. (Dr. A.S. Playfair, 1993)

Πρώτες βοήθειες

Υπάρχει διαφορά μεταξύ του πνιγμού σε γλυκό νερό και του πνιγμού στη θάλασσα.

Στην πρώτη περίπτωση το νερό από τις κυψελίδες λόγω διαφοράς οσμωτικής πίεσης μετακινείται γρήγορα προς τα πνευμονικά τριχοειδή και την κυκλοφορία του αίματος με όλα τα επακόλουθα :

Αραίωση των ηλεκτρολυτών
Καταστροφή ερυθρών αιμοσφαιρίων
Υπέρμετρη αύξηση του όγκου του αίματος που κυκλοφορεί
Καρδιακή ανεπάρκεια
Κοιλιακή μαρμαρυγή

Αντίθετα, όταν το υπέρτονο θαλασσινό νερό που περιέχει 3% χλωριούχο νάτριο μπει στις κυψελίδες, τότε θα τραβήξει κυριολεκτικά το νερό από τα κύτταρα και την κυκλοφορία του αίματος μέσα σε αυτές και θα προκαλέσει μεγάλη αιμοσυμπύκνωση, ελάττωση του όγκου του αίματος, οξύ πνευμονικό οίδημα, υποξία και θάνατο.

Η εισπνοή μικρής ποσότητας νερού, γλυκού ή αλμυρού, προκαλεί έντονο ερεθισμό του λάρυγγα, που θα οδηγήσει σε λαρυγγόσπασμο, ο οποίος θα εμποδίσει μεν την είσοδο νερού στους πνεύμονες, αλλά θα σταματήσει και τον πνευμονικό αερισμό. Έτσι προκαλούνται προοδευτικά υποξία, απώλεια της συνείδησης και λύση του λαρυγγόσπασμου, οπότε ελεύθερα πια το νερό μπαίνει στους πνεύμονες. Αυτό το γεγονός εξηγεί και τα διάφορα στάδια του πνιγμού (Σ. Κουτσελίνη, 2002) : Αρχικά το θύμα βυθίζεται κρατώντας την αναπνοή του, ξαναγυρίζει στην επιφάνεια κάνοντας άτακτες και απεγνωσμένες κινήσεις και βυθίζεται ξανά. Στο δεύτερο στάδιο, σε μία εισπνοή μέσα στο νερό εισροφά μια μικρή ποσότητα νερού, η οποία προκαλεί λαρυγγόσπασμο και το θύμα χάνει τις αισθήσεις του. Στο τρίτο στάδιο, μετά τη λύση του σπασμού, οι πνεύμονες γεμίζουν ενεργητικά νερό, το σώμα γίνεται πιο βαρύ και βυθίζεται.

Στο 15% περίπου των θανατηφόρων περιπτώσεων πνιγμού τα άτομα δεν εισροφούν μεγάλη ποσότητα νερού, αλλά πεθαίνουν από ασφυξία λόγω του λαρυγγόσπασμου. Αυτό το γεγονός πολλές φορές σώζει το θύμα, όταν στη φάση του λαρυγγόσπασμου, και πριν ακόμη εισροφήσει μεγάλη ποσότητα νερού, ανασυρθεί και έγκαιρα εφαρμοστεί τεχνητή αναπνοή (Σ. Κουτσελίνη, 2002). Το άτομο τις περισσότερες

φορές είναι αναισθητο, και ψυχρό μυϊκά, ενώ δεν υπάρχει μυϊκός τόνος. Ο σφυγμός δύσκολα ψηλαφίζεται και η αναπνοή έχει σταματήσει, ενώ υπάρχουν αφρώδεις εκκρίσεις από το στόμα και τη μύτη και σημεία οξέος πνευμονικού οιδήματος. Αν το θύμα έχει καταπιεί μεγάλη ποσότητα νερού, παρατηρείται διάταση της κοιλιάς και είναι αναμενόμενος ο εμετός που μπορεί στη φάση της ανάνηψης να προκαλέσει νέα εισρόφηση. Υπάρχει μεγάλο πρόβλημα στο πώς θα ανασυρθεί αυτός που πνίγεται από το νερό. Πολλές φορές το άτομο που σπεύδει για βοήθεια παρασύρεται από το θύμα και πνίγεται και το ίδιο. Το θύμα, στην προσπάθειά του να σωθεί, γαντζώνεται κυριολεκτικά επάνω στο σωτήρα του και τον παρασύρει στο βυθό. (Νίκος Γιοβανίδης, 2004)

Σε περιπτώσεις πνιγμού να θυμάστε, ότι και η δική σας ασφάλεια βρίσκεται σε κίνδυνο. Σε βαθιά νερά κάποιος που πνίγεται, μπορεί να παρασύρει αυτόν που θέλει να τον βοηθήσει. (Νίκος Γιοβανίδης, 2004)

Μην υπερεκτιμάτε την αντοχή σας.

Εάν έχετε κάποιον άλλο μαζί σας, στείλτε τον να καλέσει βοήθεια.

Πώς θα βγάλετε κάποιον από τη θάλασσα

- Μη θεωρήσετε ότι το να γνωρίζετε κολύμπι είναι αρκετό. Επιλέξτε να πέσετε στη θάλασσα μόνο αν είναι απολύτως απαραίτητο. Αν δεν έχετε συγκεκριμένες γνώσεις ναυαγοσωστικής, πετάξτε στον άνθρωπο που κινδυνεύει ένα σωσίβιο (ή έστω ένα μεγάλο ξύλο). (Σ. Κουτσελίνη,2002)
- Αν χρειαστεί να πέσετε στη θάλασσα, κολυμπάτε με το κεφάλι έξω από το νερό και φροντίστε να έχετε συνέχεια οπτική επαφή με τον κολυμβητή.
- Προσεγγίστε τον άνθρωπο που κινδυνεύει από πίσω, για να αποφύγετε τη λεγόμενη «θανάσιμη περίπτωση»: Είναι πιθανό ο κολυμβητής, μέσα στον πανικό του, να σας δει ως σανίδα σωτηρίας· έτσι, αν τον πλησιάσετε από μπροστά, διατρέχετε τον κίνδυνο να σας βουλιάξει. (Σ. Κουτσελίνη,2002)
- Περάστε το χέρι σας πάνω από τον έναν ώμο του θύματος και πιάστε τον από την αντίθετη μασχάλη. Με τον τρόπο αυτό περιορίζετε την κινητικότητα του και μειώνετε την αντίδραση του θύματος. (Σ. Κουτσελίνη,2002)
- Αφού τον πιάσετε, μιλήστε του, ζητήστε του να μην κουνιέται και προσπαθήστε να τον ηρεμήσετε. Τραβήξτε τον προς τα έξω, φροντίζοντας να είναι σε ύπτια στάση, με το πρόσωπο έξω από το νερό. (Χρησιμοποιήστε το ελεύθερο χέρι και κυρίως τα πόδια σας για να κολυμπήσετε.)
- Μόλις τον βγάλετε, καλέστε άμεσα βοήθεια. Δώστε του τις πρώτες βοήθειες (τεχνητή αναπνοή, πιέσεις), μόνο αν χρειάζεται και αν γνωρίζετε πώς γίνονται. (Σ. Κουτσελίνη,2002)

Αντιμετώπιση

Η πρώτη κίνηση: Ελέγξτε αν αναπνέει

Από τη στιγμή που θα μεταφέρετε τον κολυμβητή στη στεριά, το σημαντικότερο είναι να ελέγξετε αν αναπνέει. Αν δεν αντιλαμβάνεστε την αναπνοή του, θα πρέπει να του κάνετε άμεσα τεχνητή αναπνοή (δύο εμφυσησεις). Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, γιατί ο κρίσιμος χρόνος είναι περιορισμένος - μόλις 4 λεπτά. Μετά το χρονικό αυτό διάστημα, το θύμα κινδυνεύει από εγκεφαλικές βλάβες, που κάποιες φορές είναι μη αναστρέψιμες.

Τα βήματα της τεχνητής αναπνοής



- Ανασηκώστε το σαγόι του θύματος, πιέζοντας ελαφρά το κεφάλι του προς τα πίσω, ώστε να ανοίξει η αναπνευστική οδός. Αν το κεφάλι δεν είναι σωστά τεντωμένο, η αναπνευστική οδός φράσσεται από τη γλώσσα. (Dr. A.S. Playfair, 1993)
- Ανοίγετε το στόμα του και το καθαρίζετε από ξένα σώματα (άμμο, φύκια κλπ.) που ίσως υπάρχουν. Στη συνέχεια, κλείνετε τη μύτη του και εφαρμόζετε πολύ καλά τα χείλη σας στα χείλη του θύματος. Δίνετε δύο εμφυσησεις στο θύμα. Κάθε εμφύσηση πρέπει να έχει διάρκεια ανάλογη με μία δική σας καλή εκπνοή. Σε κάθε εμφύσηση πρέπει να φουσκώνει ο θώρακας του θύματος, ενώ μόλις ξεφουσκώνει δίνετε την επόμενη αναπνοή. (Dr. A.S. Playfair, 1993)

Ελέγχετε τους σφυγμούς του

- Μετά τις δύο πρώτες αναπνοές, ελέγχετε το σφυγμό του ασθενούς, που αποτελεί την ένδειξη ότι η καρδιά του λειτουργεί. Προτιμήστε να τον ανιχνεύσετε στην καρωτίδα, που είναι μεγάλη αρτηρία και έχει σίγουρα αίμα, γιατί ο εγκέφαλος είναι το τελευταίο σημείο του σώματος που σταματάει να αιματώνεται. (Dr. A.S. Playfair, 1993)
- Αν υπάρχει σφυγμός: Συνεχίζετε τις τεχνητές αναπνοές, με ρυθμό μία εμφύσηση ανά 5 δευτερόλεπτα (ο μέσος άνθρωπος αναπνέει περίπου 12 φορές το λεπτό). (Dr. A.S. Playfair, 1993)
- Αν δεν υπάρχει σφυγμός: Αυτό σημαίνει ότι έχει σταματήσει η λειτουργία της καρδιάς και θα πρέπει να κάνετε αμέσως καρδιακές πιέσεις στο θύμα. (Dr. A.S. Playfair, 1993)

Τα βήματα των καρδιακών πιέσεων



- Ενώνετε το δείκτη και το μέσο σας και βρίσκετε το σημείο όπου ενώνονται τα πλευρά, στη μέση του στέρνου του θύματος (ξιφοειδής απόφυση).
- Πλέκετε τα δάχτυλά σας και ακουμπάτε το πίσω μέρος της παλάμης στο σημείο αυτό.
- Τεντώνετε τα χέρια σας και αρχίζετε τις πιέσεις με το βάρος του σώματός σας. Ο θώρακας του θύματος θα πρέπει να κατεβαίνει 3-4 εκατοστά σε κάθε πίεση.
- Οι πιέσεις γίνονται ανά δευτερόλεπτο. Κάθε 15 πιέσεις θα πρέπει να κάνετε 2 τεχνητές αναπνοές.
- Όταν συνέλθει το θύμα, το γυρνάτε στο πλάι και περιμένετε ασθενοφόρο.

Σημαντικές λεπτομέρειες που πρέπει να ξέρετε

Όταν ψάχνετε για το σφυγμό του θύματος, μην πιέζετε δυνατά.

Μην ξεκινήσετε καρδιακές μαλάξεις ή τεχνητή αναπνοή, αν δεν είστε σίγουροι ότι έχουν σταματήσει οι συγκεκριμένες λειτουργίες. Αν δεν ανοίγει το στόμα του θύματος από μόνο του, μην επιχειρήσετε να το ανοίξετε πιέζοντάς το. Το ότι δεν ανοίγει το στόμα σημαίνει ότι ο άνθρωπος έχει μυϊκό τόνο και δεν έχει χάσει τις αισθήσεις του ακόμα· άρα δεν έχει ανάγκη από πιέσεις ή τεχνητή αναπνοή.

Για να μη βρεθείτε στη θέση του θύματος

Τα περισσότερα ατυχήματα ή δυστυχήματα στη θάλασσα θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, αν τηρούνταν κάποιοι απλοί αλλά σημαντικοί κανόνες (Νίκος Γιοβανίδης, 2004) :

- Πρέπει να μεσολαβεί ένα διάστημα 3 ωρών τουλάχιστον ανάμεσα στο γεύμα και το μπάνιο σας.
- Ποτέ μην αφήνετε τα παιδιά χωρίς επιτήρηση, ακόμα και αν στο σημείο όπου κάνετε μπάνιο υπάρχει ναυαγοσώστης ή είναι ρηχά.
- Μην υπερεκτιμάτε τις δυνάμεις σας, κολυμπώντας πολλή ώρα ή σε μεγάλη απόσταση από την ακτή. Η καλύτερη πρακτική είναι να κολυμπάτε κοντά στην παραλία και να βγαίνετε από το νερό, μόλις νιώθετε έστω και λίγη κόπωση.
- Αν πάθετε κράμπα, μην πανικοβληθείτε. Γυρίστε ανάσκελα και προσπαθήστε να βγείτε προς τα έξω με τα χέρια. Να θυμάστε ότι η άνωση του νερού μπορεί να σας κρατήσει στην επιφάνεια.
- Μην κάνετε βουτιές σε παραλίες που σας είναι άγνωστες ή δεν ξέρετε το ακριβές βάθος του βυθού.

- Αν η θάλασσα είναι φουρτουνιασμένη ή έχει ισχυρά ρεύματα, καλό είναι να αποφύγετε το κολύμπι, ακόμα και αν είστε ιδιαίτερα εξοικειωμένοι με το νερό. Πολλά ατυχήματα οφείλονται στο ότι συχνά υπερεκτιμούμε τις δικές μας δυνάμεις.

15 συμβουλές για ασφαλή κολύμβηση (Νίκος Γιοβανίδης, 2004)

1. Μην απομακρύνετε κολυμπώντας από την ακτή όταν μάλιστα δεν γνωρίζετε καλό κολύμπι. Σκεφθείτε την επιστροφή που είναι περισσότερο κουραστική. Στις οργανωμένες παραλίες μην κολυμπάτε εκτός της Ζώνης Παρακολούθησης η οποία οριοθετείται από κόκκινες σημαδούρες πέρα απ' τις οποίες επιτρέπεται να κυκλοφορούν τα ταχύπλοα σκάφη.
2. Μην κολυμπάτε μόνοι ή τη νύχτα όταν δεν έχετε οπτική επαφή με τον σύντροφο σας κολυμβητή.
3. Ποτέ μην κολυμπάτε με γεμάτο στομάχι. Μην μπαίνετε στο νερό αν δεν έχουν περάσει τουλάχιστον 3 ώρες απ' τη στιγμή που καταναλώσατε το τελευταίο γεύμα σας.
4. Απ' την άλλη όμως αποφεύγετε να μπαίνετε στο νερό αν είστε τελείως νηστικοί γιατί απ' το σώμα σας θα λείπουν σημαντικές πηγές ενέργειας οι οποίες βοηθούν να ανταπεξέλθετε στις φυσικές επιβαρύνσεις που υπάρχουν κατά την παραμονή σας στη θάλασσα.
5. Πριν κολυμπήσετε μην πίνετε οινοπνευματώδη ποτά.
6. Αποφεύγετε τις βουτιές σε περιοχές που δε ξέρετε το βάθος ή τη διαμόρφωση του βυθού.
7. Λαμβάνετε πολύ σοβαρά υπόψη τις υποδείξεις των προειδοποιητικών πινακίδων.
8. Πάντοτε βγαίνετε στην ξηρά όταν υψωθεί Κόκκινη Σημαία κινδύνου από τους Ναυαγισώστες είτε τα κύματα / ρεύματα έχουν γίνει πολύ επικίνδυνα είτε υπάρχει ρύπανση της θάλασσας είτε κινδυνεύετε από κάτι άλλο.
9. Αποφεύγετε το κολύμπι ή την είσοδό σας σε σηματοδοτημένες με κόκκινους μικρούς σημαντήρες διαδρόμους που τοποθετούνται για τη διακίνηση των σκαφών.
10. Μην αφήνετε μικρά παιδιά στη θάλασσα χωρίς να τα προσέχετε.
11. Μη μένετε πολλή ώρα στον ήλιο ιδιαίτερα στα πρώτα μπάνια γιατί υπάρχει κίνδυνος για εγκαύματα και ηλίαση.
12. Αν κουραστείτε κολυμπώντας ή πάθετε κράμπα μη σας πιάσει πανικός. Μείνετε στην επιφάνεια σε οριζόντια θέση και ή συνεχίστε ήρεμα όταν ξεκουραστείτε ή φωνάξτε σε βοήθεια έτσι ώστε να προσελκύσετε την προσοχή των ναυαγισωστών.
13. Αν αισθανθείτε ρίγος ή ζαλάδα βγείτε αμέσως από τη θάλασσα.
14. Ποτέ μη χάνετε δυνάμεις παλεύοντας ενάντια στο ρεύμα. Μην πανικοβάλλεστε όταν το ρεύμα σας παρασύρει, πάντοτε εξοικονομείτε ενέργεια. Απλώς στρέψτε το στόμα και τη μύτη στην αντίθετη κατεύθυνση απ' αυτή που φυσά ο άνεμος και προσπαθήστε απλά να κρατηθείτε στην επιφάνεια. Εάν το ρεύμα είναι παράλληλο προς την ακτή κολυμπάτε μαζί του πλησιάζοντας την παραλία υπό γωνία.
15. Αν αντιληφθείτε κολυμβητή να ζητάει βοήθεια.

- αν δεν γνωρίζετε κολύμπι καλέστε κι εσείς σε βοήθεια
- αν γνωρίζετε κολύμπι αλλά δεν έχετε γνώσεις ναυαγοσωστικής: πετάξτε στον πνιγόμενο ένα σωσίβιο, ένα σχοινί, κουπί αν δεν είναι απολύτως αναγκαίο να πέσετε στο νερό.
- Αν βουτήξετε κολυπήστε με το κεφάλι έξω απ' το νερό για να είστε συνεχώς σε οπτική επαφή με τον πνιγόμενο.
- Προσεγγίστε το πνιγόμενο από πίσω για ν' αποφύγετε τη "θανάσιμη περίπτυξη". Ο πνιγόμενος θα σας δει σαν σανίδα σωτηρίας και αν τον πλησιάσετε από μπροστά διατρέχετε θανάσιμο κίνδυνο.
- Ρυμουκλήστε τον πνιγόμενο προς τα έξω απ' τα μαλλιά, το σαγόνι ή τις μασχάλες
- Μόλις τον βγάλετε στην ξηρά καλέστε ασθενοφόρο και αν γνωρίζετε πρώτες Βοήθειες ξεκινήστε αμέσως τεχνητή αναπνοή και μαλάξεις.

3.8. ΠΝΙΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ (ΠΝΙΓΜΟΝΗ) Η πνιγμονή συμβαίνει όταν ένα ξένο σώμα, για παράδειγμα ένα κομμάτι τροφής σφηνωθεί στο πίσω μέρος του λαιμού και με αυτόν τον τρόπο αποφράζει την είσοδο προς την τραχεία.

Ένα τέτοιο θύμα μπορεί να εμφανίσει δυσκολίες στην αναπνοή και να μελανιάσει.

Εάν έχει τις αισθήσεις του μπορεί να προσπαθήσει να σας δείξει ότι πνίγεται, δείχνοντας ή πιάνοντας τον λαιμό του με τα χέρια του . (Dr. A.S. Playfair, 1993)

Απόφραξη αεραγωγού στους ενήλικες (πνιγμονή)

- Προσπαθήστε να καθισχύσετε το θύμα. Εάν αναπνέει, ενθαρρύνετε το να βήξει και μην κάνετε τίποτα άλλο . (Dr. A.S. Playfair, 1993)
- Εάν δείξει σημεία επιδείνωσης ή σταματήσει να βήχει: σταθείτε στο πλάι του και ελαφρά πίσω του. (Dr. A.S. Playfair, 1993)
- Υποστηρίξτε το στήθος του με το ένα σας χέρι και γείρτε τον καλά μπροστά, έτσι ώστε όταν το αντικείμενο που αποφράζει μετακινηθεί, να βγει προς τα έξω.



- Δώστε έως 5 απότομα χτυπήματα στην πλάτη, ανάμεσα στις ωμοπλάτες. Εάν αυτό αποτύχει, δοκιμάστε κοιλιακές ωθήσεις. Αυτές οι ωθήσεις προκαλούν μια απότομη μετακίνηση αέρα από τους πνεύμονες προς τα έξω.
- Σταθείτε πίσω από το θύμα και βάλτε τα δύο χέρια σας γύρω από το πάνω μέρος της κοιλιάς ακριβώς κάτω από τις πλευρές. (Dr. A.S. Playfair, 1993)
- Ακουμπήστε τη γροθιά σας στο σημείο αυτό και τυλίξτε την με την παλάμη του άλλου σας χεριού.
- Με κοιλιακές ωθήσεις προς τα μέσα και πάνω, το αντικείμενο που φράζει τον αεραγωγό μπορεί να πεταχτεί από το στόμα. (Dr. A.S. Playfair, 1993)
- Δώστε μέχρι πέντε ωθήσεις και μετά πέντε επιπλέον κτυπήματα στην πλάτη αν χρειαστεί. Συνεχίστε εναλλάσσοντας τα 5 χτυπήματα στην πλάτη με 5 κοιλιακές ωθήσεις, έως ότου αφαιρεθεί το ξένο σώμα.
Εάν το θύμα χάσει τις αισθήσεις του: Γυρίστε το στο πλάι και δώστε 5 κτυπήματα στην πλάτη, ενώ βρίσκεται σε αυτή τη θέση.
- Εάν αυτό δεν αφαιρέσει το ξένο σώμα, δώστε μέχρι 5 κοιλιακές ωθήσεις.
- Γονατίστε πάνω στο θύμα «καβάλα» και με τα χέρια σας στο πάνω μέρος της κοιλιάς, δώστε τις ωθήσεις προς τα επάνω. Τις ωθήσεις μπορείτε να τις κάνετε και όταν είστε γονατισμένοι στο πλάι του θύματος. (Dr. A.S. Playfair, 1993)
- Εάν το ξένο σώμα δεν αφαιρεθεί μετά από 5 χτυπήματα στην πλάτη και 5 κοιλιακές ωθήσεις και το θύμα δεν αναπνέει, δοκιμάστε να του δώσετε αναπνοές. (Dr. A.S. Playfair, 1993)

3.9. ΕΜΦΡΑΓΜΑ

Οι μισοί σχεδόν από τους ανθρώπους που παθαίνουν έμφραγμα της καρδιάς πεθαίνουν προτού φτάσουν στο νοσοκομείο. Οι περισσότεροι από αυτούς που το ξεπερνούν και καταφέρνουν να αναρρώσουν υφίστανται μόνιμη βλάβη στην καρδιά κατά την πρώτη ώρα. (Χατζημπαλής Ελευθέριος, 2007)

Γιατί είναι κρίσιμη η πρώτη ώρα

Το έμφραγμα είναι ένας τραυματισμός του καρδιακού μυός που οφείλεται σε απώλεια παροχής αίματος. Το έμφραγμα συμβαίνει όταν φράζουν οι αρτηρίες που παρέχουν αίμα και οξυγόνο στην καρδιά.

Ο θρόμβος αίματος που σχηματίζεται σε μια στενευμένη αρτηρία λόγω συσσώρευσης της χοληστερίνης και άλλων λιπιδίων ουσιών είναι συνήθως η αιτία που φράζουν οι αρτηρίες. Χωρίς οξυγόνο, τα κύτταρα καταστρέφονται, προκαλώντας πόνο ή πίεση, με αποτέλεσμα να μειώνεται η λειτουργία της καρδιάς. Το έμφραγμα δεν είναι ένα στατικό, μεμονωμένο γεγονός. Είναι μια δυναμική διαδικασία που εξελίσσεται σε 4-6 ώρες. Κάθε λεπτό που περνά, όλο και περισσότερα κύτταρα στερούνται οξυγόνο, με αποτέλεσμα να υφίστανται βλάβη ή να πεθαίνουν. (Χατζημπαλής Ελευθέριος, 2007)

Κάθε λεπτό είναι πολύτιμο

Ο καλύτερος τρόπος για να παρεμποδιστεί η σταδιακή βλάβη είναι η έγκαιρη θεραπεία με θρομβολυτικά φάρμακα. Μια μελέτη έδειξε ότι το 75% των ατόμων που επέζησαν από έμφραγμα και δέχτηκαν θρομβολυτική θεραπεία μέσα σε 70 λεπτά από την αρχή των συμπτωμάτων παρουσίασαν ελάχιστη ή καμία βλάβη στην καρδιά. Η επείγουσα αγγειοπλαστική, μια διαδικασία που γίνεται στα μεγάλα ιατρικά κέντρα, είναι επίσης ένας τρόπος διεύρυνσης των φραγμένων αρτηριών, με αποτέλεσμα η ροή του αίματος να κυκλοφορεί πιο ελεύθερα προς την καρδιά. Όπως γίνεται και με τα θρομβολυτικά φάρμακα, αν η αγγειοπλαστική δε γίνει μέσα σε δύο ώρες, τα οφέλη μειώνονται σημαντικά. Στα πρώτα λεπτά, ένα έμφραγμα μπορεί να προκαλέσει και κοιλιακή μαρμαρυγή. Αυτός ο άτακτος καρδιακός ρυθμός παράγει έναν αναποτελεσματικό καρδιακό παλμό, μειώνοντας σημαντικά τη ροή του αίματος προς πολλά ζωτικά όργανα. Αν δε χορηγηθεί άμεση θεραπεία, η κοιλιακή μαρμαρυγή μπορεί να οδηγήσει σε ξαφνικό θάνατο. Στη διάρκεια ενός εμφράγματος, πολλά άτομα χάνουν πολύτιμα λεπτά είτε γιατί δεν αναγνωρίζουν τα συμπτώματα, είτε γιατί τα αγνοούν. Επίσης, πολλά άτομα καθυστερούν να καλέσουν βοήθεια, γιατί δε θέλουν να έρθουν σε δύσκολη θέση σε περίπτωση λάθους. Το έμφραγμα συνήθως προκαλεί πόνο στο στήθος για περισσότερο από 15 λεπτά (Filippo Medina, 1998). Ωστόσο, ένα έμφραγμα μπορεί να είναι «βουβό» και να μην παρουσιάζει καθόλου συμπτώματα. Περίπου τα μισά θύματα παρουσιάζουν προειδοποιητικά συμπτώματα ώρες, μέρες ή ακόμα και εβδομάδες νωρίτερα. Το πρώτο σημάδι ενός εμφράγματος μπορεί να είναι επαναλαμβανόμενος πόνος στο στήθος, που προκαλείται από την προσπάθεια και ανακουφίζεται με την ανάπαυση. Η Αμερικανική Ένωση για την Αντιμετώπιση των Καρδιακών Παθήσεων αναφέρει τα παρακάτω ως προειδοποιητικά σημάδια εμφράγματος. Πρέπει να γνωρίζετε ότι μπορεί να μην εμφανιστούν όλα τα συμπτώματα μαζί και ότι συχνά εμφανίζονται και εξαφανίζονται.

- Δυσάρεστη πίεση, φούσκωμα ή πιεστικός πόνος στο κέντρο του στήθους που διαρκεί πάνω από μερικά λεπτά.
- Πόνος που απλώνεται στους ώμους, τον αυχένα ή τα χέρια.
- Ζαλάδα, λιποθυμία, εφίδρωση, ναυτία ή κοφτό λαχάνιασμα.
- Επείγουσα θεραπεία.

Στην επείγουσα κατάσταση ενός εμφράγματος, πρέπει να πάρετε κρίσιμες αποφάσεις βιαστικά και μέσα σε άγχος. Ακόμα κι αν τελικά πάρετε τις σωστές αποφάσεις, θα χάσετε πολύτιμα λεπτά κατά την εκτίμηση των επιλογών σας.

Είτε υποπτεύεστε ότι είναι έμφραγμα είτε νομίζετε ότι είναι μια απλή δυσπεψία, δράστε αμέσως ακολουθώντας τα εξής βήματα:

Καλέστε πρώτα το ασθενοφόρο. Είναι συνήθως καλύτερο να καλείτε αμέσως το πρώτων βοθητών. Αν καλέσετε πρώτα το γιατρό, μπορεί να χάσετε πολύτιμο χρόνο.

Όταν καλέσετε, περιγράψτε τα συμπτώματα, όπως σοβαρή δύσπνοια ή πόνο στο στήθος. Έτσι θα δοθεί προτεραιότητα στην περίπτωση σας και θα φτάσουν νοσοκόμοι που είναι εκπαιδευμένοι σε καρδιακές παθήσεις. Οι περισσότερες μονάδες άμεσης βοήθειας διαθέτουν φορητούς απινιδωτές. Η επαναφορά του φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού μέσω ηλεκτροσόκ στην καρδιά είναι κρίσιμη για την άμεση θεραπεία και επιβίωση. (Filippo Medina, 1998)

Ξεκινήστε τεχνητή αναπνοή. Αν ο ασθενής έχει χάσει τις αισθήσεις του, ξεκινήστε τεχνητή αναπνοή (χορήγηση αέρα από το στόμα και μαλάξεις στο στήθος).

Επιλέξτε τον ταχύτερο τρόπο μεταφοράς. Όταν τηλεφωνήσετε στο 166, θα σας ενημερώσουν για την κοντινότερη μονάδα άμεσης βοήθειας. Συνήθως, η βοήθεια φτάνει μέσα σε λίγα λεπτά. Ωστόσο, αν ζείτε σε μεγάλη πόλη, καλό είναι να μεταφέρετε εσείς το θύμα στο νοσοκομείο, γιατί το πιθανότερο είναι να φτάσετε πιο γρήγορα. Αν νιώθετε ότι έχετε έμφραγμα, ζητήστε από κάποιον να σας μεταφέρει. Ποτέ μην προσπαθήσετε να οδηγήσετε μόνοι σας. (Filippo Medina, 1998)

Πηγαίνετε στο πλησιέστερο ιατρικό κέντρο. Είναι σκόπιμο να γνωρίζετε εκ των προτέρων το πλησιέστερο ιατρικό κέντρο το οποίο απασχολεί εξειδικευμένο προσωπικό 24 ώρες το εικοσιτετράωρο. (Filippo Medina, 1998)

Μασήστε μια ασπιρίνη. Η ασπιρίνη εμποδίζει τη θρόμβωση του αίματος και διατηρεί τη ροή του αίματος μέσα από μια στενευμένη αρτηρία. Όταν λαμβάνεται ύστερα από ένα έμφραγμα η ασπιρίνη μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο θανάτου κατά 25%. Πάρτε μια κανονική ασπιρίνη και μασήστε τη για να απορροφηθεί πιο γρήγορα. (Filippo Medina, 1998)

3.10. ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ

Ορισμός και αίτια

Ως λιποθυμία ορίζεται η παροδική απώλεια των αισθήσεων λόγω μειωμένης αιμάτωσης του εγκεφάλου. Ο ασθενής δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον έχει όμως δική του αναπνοή και καρδιακή λειτουργία και αντιδράει στα επώδυνα ερεθίσματα.

Τα συνηθέστερα αίτια της λιποθυμίας είναι τα εξής (Στάθη Χ. 2011) :

1. ΚΟΙΝΗ ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ (ΠΑΡΑΣΥΜΠΑΘΟΤΟΝΙΚΗ)

Είναι συχνή μετά από ισχυρό πόνο ή συναισθηματική φόρτιση (φόβος, θέα αίματος) και συχνότερη κατά την εγκυμοσύνη ή την εμμηνορρυσία.

2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΑΙΤΙΑ

Από μειωμένη παροχή αίματος, λόγω κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος (στένωση αορτής, διάφορες αρρυθμίες). Είναι το μόνο αίτιο που μπορεί να προκαλέσει απώλεια αισθήσεων σε κατακλιμένο ασθενή.

3. ΟΡΘΟΣΤΑΤΙΚΗ ΥΠΟΤΑΣΗ

Οφείλεται σε σημαντική πτώση της αρτηριακής πίεσης. Ο ασθενής είναι σε όρθια ή καθιστή θέση και συνήθως δεν παρουσιάζει πρόδρομα συμπτώματα.

4. ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΥΡΗΣΗ

Η κένωση της ουροδόχου κύστεως, ειδικά όταν είναι υπερπλήρης, προκαλεί αγγειοδιαστολή που μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική πτώση της αρτηριακής πίεσης.

5. ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ

Συνήθως προηγείται διέγερση ή παράδοξη συμπεριφορά. Ενώ η κρίση λιποθυμίας κρατάει ορισμένα δευτερόλεπτα, η υπογλυκαιμική απώλεια αισθήσεων μπορεί να έχει πολύ μεγαλύτερη διάρκεια και αν δεν αναγνωρισθεί και αντιμετωπισθεί άμεσα μπορεί να οδηγήσει σε κώμα ή και σε θάνατο.

6. ΥΣΤΕΡΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Συνήθης σε νεαρές γυναίκες και γίνεται πάντα παρουσία «θεατών». Ένα χαρακτηριστικό σημείο είναι η αντίσταση στο άνοιγμα των οφθαλμών, που παρατηρείται στην υστερική λιποθυμία, καθώς επίσης και η απουσία των άλλων χαρακτηριστικών συμπτωμάτων και σημείων της λιποθυμίας. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της υστερίας είναι ένας τυπικός σπασμός των άνω άκρων. 7.

7. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΚΟΛΠΟΥ.

Συμβαίνει κατά τη στροφή της κεφαλής, όταν ο ασθενής κοιτάει ψηλά και όταν φοράει πουκάμισο με σφιχτό κολάρο.

8. ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Συχνά παρά τη λεπτομερή διερεύνηση, δεν βρίσκεται κάποιο αίτιο.

Επίσης λιποθυμία μπορεί να προκαλέσει και η ελάττωση της συγκέντρωσης του οξυγόνου στον αναπνεόμενο αέρα, κάτι που συμβαίνει σχετικά συχνά σε κλειστούς χώρους με συνάθροιση πλήθους και αστικές συγκοινωνίες.

Σημεία και συμπτώματα

Τα συμπτώματα και σημεία της λιποθυμίας είναι τα εξής (Στάθη Χ. 2011) :

- Ωχρότητα στο πρόσωπο.
- Ιδρώτας.
- Ζαλάδα- ναυτία.
- Έμετος.
- Απώλεια αισθήσεων.

- Αδύνατος σφυγμός.
- Επιπόλαιες αναπνευστικές κινήσεις.

Τρόποι αντιμετώπισης (Στάθη Χ. 2011)

- Ξαπλώνουμε τον ασθενή σε ύπτια θέση και ποτέ δεν τον βάζουμε να καθίσει.
- Χαλαρώνουμε τα ρούχα γύρω από το λαιμό, το στήθος και τη μέση.
- Βάζουμε τα πόδια σε ψηλότερη από το κεφάλι θέση.
- Υποβοηθούμε την αναπνοή. Σε δημόσιους χώρους φροντίζουμε για τον καλό αερισμό του χώρου.
- Χορηγούμε οξυγόνο.

Στην κοινή λιποθυμία αυτά τα μέτρα αρκούν για να ανακτήσει ο ασθενής τις αισθήσεις του. Αν υπάρχει καρδιαγγειακό αίτιο, υπογλυκαιμία ή άλλο παθολογικό αίτιο για την απώλεια των αισθήσεων, τότε θα πρέπει να αντιμετωπισθεί και αυτό. Σημειώνουμε ότι απώλεια των αισθήσεων παρατηρείται και σε άλλες καταστάσεις, κυρίως νευρολογικής αιτιολογίας (επιληψία, τραυματισμοί κ.α.), που δεν αναφέρονται όμως γιατί σε αυτή την περίπτωση το αίτιο δεν είναι η μειωμένη αιμάτωση του εγκεφάλου αλλά άλλης μορφής βλάβη. (Στάθη Χ. 2011)

3.11. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΟΚ

Όταν ένας άνθρωπος παθαίνει σοκ, η αρτηριακή του πίεση σημειώνει ξαφνική μεγάλη πτώση, με αποτέλεσμα να μειώνεται επικίνδυνα η ποσότητα του αίματος που διοχετεύει η καρδιά προς το σώμα. Η συνέπεια είναι να μην αιματώνονται σωστά τα ζωτικά όργανα και το θύμα να διατρέχει κίνδυνο να υποστεί καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές. Επειδή το σοκ μπορεί να εκδηλωθεί ως συνέπεια διάφορων περιστατικών, είναι σημαντικό να γνωρίζετε σε ποιες περιπτώσεις μπορεί να συμβεί, προκειμένου να δράσετε προληπτικά: (Bateman DE. 2001)

Πότε μπορεί να εκδηλωθεί σοκ

- Σε καρδιακά προβλήματα.
- Σε εγκαύματα.
- Σε αλλεργίες (αλλεργικό σοκ)
- Σε σοβαρούς τραυματισμούς που συνοδεύονται από αιμορραγία.
- Σε επίμονους, επαναλαμβανόμενους εμετούς ή διάρροιες.
- Σε μικροβιακές λοιμώξεις (σηπτικό σοκ).

Αν το θύμα έχει υποστεί σοκ μετά από τραυματισμό, λάβετε υπόψη σας πως υπάρχει το ενδεχόμενο να έχει τραυματιστεί στη ράχη ή τη σπονδυλική στήλη. Γι' αυτό, γυρίστε τον τραυματία στο πλάι με τεράστια προσοχή, αντιμετωπίζοντας το σώμα του σαν ενιαίο σύνολο. Απαγορεύεται να γυρίσει το κεφάλι, το λαιμό ή την πλάτη του. (Bateman DE. 2001)

Συμπτώματα:

Στην περίπτωση του σοκ, έχει μεγάλη σημασία να ενεργήσουμε όσο πιο γρήγορα γίνεται. Τα συμπτώματα που θα μας κάνουν να υποψιαστούμε πως ένας άνθρωπος έχει πάθει σοκ είναι τα εξής (Bateman DE. 2001) :

- Παγωμένα άκρα που μελανιάζουν.
- Ωχρο δέρμα που σταδιακά κρύνει.
- Δύσπνοια.
- Ταχυκαρδία.
- Πτώση της αρτηριακής πίεσης.
- Αδύναμος σφυγμός που είναι πιο γρήγορος από το φυσιολογικό.
- Έντονη ανησυχία.
- Ναυτία.
- Εμετός.

Από την καρδιά

Όταν το σοκ εκδηλώνεται εξαιτίας περιστατικού που συνδέεται με καρδιακό πρόβλημα, μπορεί να εκδηλωθούν και τα εξής συμπτώματα (Bateman DE. 2001):

- Μελάνιασμα του δέρματος του θύματος στις περιοχές του τραχήλου, του στέρνου, των χεριών και των ποδιών.
- Διάταση των φλεβών στην περιοχή του τραχήλου.

Από λοίμωξη

Όταν το σοκ εκδηλώνεται εξαιτίας μικροβιακής λοίμωξης, μπορεί να εκδηλωθούν και τα εξής συμπτώματα:

- Ζεστά άκρα.
- Μικρή πτώση της πίεσης.
- Ασυνήθιστα δυνατός σφυγμός, τον οποίο μπορείτε να αντιληφθείτε αγγίζοντας τα

ακροδάχτυλα του θύματος.

Πρώτες βοήθειες (Dr. A.S. Playfair, 1993) :

- Καλούμε ασθενοφόρο και ενημερώνουμε πως το θύμα έχει υποστεί σοκ.
- Αν είμαστε απόλυτα βέβαιοι πως δεν υπάρχει περίπτωση τραυματισμού στον αυχένα ή τη σπονδυλική στήλη, βοηθούμε το θύμα να βρίσκεται σε άνετη στάση χωρίς όμως να χρειαστεί να μετακινηθεί. Στη συνέχεια, με ήρεμες κινήσεις, ανασηκώνουμε τα πόδια του και τα τοποθετούμε σε ένα σταθερό σημείο, λίγο ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα του.
- Βεβαιωνόμαστε πως τα ρούχα του δεν του προκαλούν πρόσθετη δυσφορία. Χαλαρώνουμε γιακάδες, γραβάτες και ζώνες.
- Διαπιστώνουμε αν υπάρχει ανάγκη να του κάνουμε τεχνητή αναπνοή.
- Αν είμαστε απόλυτα βέβαιοι πως δεν υπάρχει περίπτωση τραυματισμού στον αυχένα ή τη σπονδυλική στήλη, στρέφουμε απαλά το κεφάλι του στο πλάι, για να αποτρέψουμε το ενδεχόμενο πνιγμονής σε περίπτωση που κάνει εμετό.
- Φροντίζουμε να διατηρεί το σώμα του κανονική θερμοκρασία.
- Μέχρι να φτάσει βοήθεια, στηρίζουμε ψυχολογικά το θύμα, μιλώντας του διαρκώς με ήρεμη φωνή.

3.12. ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ



Τα τροχαία ατυχήματα είναι ένα από τα κύρια αίτια θανάτου παγκοσμίως και στο 85% των χωρών του κόσμου δεν υπάρχει επαρκής νομοθεσία για το αυξανόμενο πρόβλημα των θανάτων και τραυματισμών που προκαλούν, αναφέρει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στην πρώτη του παγκόσμια έκθεση για την ασφάλεια στους δρόμους. Τα τροχαία ατυχήματα είναι το ένατο κατά σειρά αίτιο θανάτου παγκοσμίως και ειδικοί στη δημόσια υγεία δηλώνουν ότι, χωρίς παρέμβαση, θα μπορούσαν να ανέλθουν στην πέμπτη θέση σε 20 χρόνια, ξεπερνώντας το AIDS και τη φυματίωση. (Ονούφριος Ονουφριάδης. Τροχαίο ατύχημα).

Η έκθεση βασίζεται σε δεδομένα του 2008 που συγκεντρώθηκαν από 178 χώρες, οι οποίες αντιπροσωπεύουν το 98% του παγκόσμιου πληθυσμού. Συμπληρώνει μια αναφορά του 2004, σύμφωνα με την οποία κάθε χρόνο 1,27 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν και 20-50 εκατομμύρια τραυματίζονται σε τροχαία ατυχήματα. Ένα από τα νέα ευρήματα είναι το γεγονός ότι οι πεζοί, οι μοτοσικλετιστές και οι ποδηλάτες αντιπροσωπεύουν σχεδόν το ήμισυ των θανάτων.

Η θέσπιση και εφαρμογή νόμων που καθιστούν υποχρεωτική τη ζώνη ασφαλείας και το κράνος και επιβάλλουν ποινές για την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ είναι μια αποδεδειγμένα αποτελεσματική και φθηνή στρατηγική πρόληψης, δηλώνει η Dr. Kelly Henning, διευθύντρια των παγκόσμιων προγραμμάτων υγείας του φιλανθρωπικού ιδρύματος Bloomberg Philanthropies, που χρηματοδότησε την έρευνα. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, περίπου 90% των τροχαίων ατυχημάτων σημειώνονται στις αναπτυσσόμενες χώρες και η πλειοψηφία των θυμάτων είναι νέοι, γεγονός που μεταφράζεται σε σημαντικές οικονομικές απώλειες για τις φτωχές χώρες. Πέραν του προσωπικού πόνου που προκαλούν, οι θάνατοι και οι τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα επιφέρουν φτώχεια στις οικογένειες και επιβαρύνουν τα συστήματα υγείας. (Gallo J.J. Rebok G.W. Lesikar S.E. 1999)

Πολλοί ηλικιωμένοι ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή που θα μπορούσε να επηρεάσει την απόδοσή τους στο τιμόνι δεν γνωρίζουν τους κινδύνους που σχετίζονται με τα φάρμακά τους, σύμφωνα με νέα μελέτη του Ιδρύματος AAA για την Ασφάλεια στο Δρόμο. Μόλις 28% των ατόμων ηλικίας 56-93 ετών γνωρίζουν ότι τα φάρμακά τους μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητά τους για οδήγηση, σύμφωνα με συνεντεύξεις με 630 άτομα που πραγματοποιήθηκαν στην Αλαμπάμα από τον Σεπτέμβριο έως τον Δεκέμβριο.

Ακόμη πιο ανησυχητικό ήταν το εύρημα των ερευνητών ότι η γνώση των οδηγών για τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων μειωνόταν με την αύξηση της ηλικίας, παράλληλα με την αύξηση της χρήσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Ο αριθμός των οδηγών ηλικίας 55 ετών και άνω αναμένεται να αυξηθεί κατά περισσότερο από 50% έως το 2030, σύμφωνα με το Ίδρυμα AAA, μια μη κερδοσκοπική ερευνητική ομάδα που εργάζεται για την πρόληψη των τροχαίων

ατυχημάτων και των τραυματισμών. Στη μελέτη αναδεικνύεται ένα σημαντικό πρόβλημα: τα ατυχήματα και η εσφαλμένη οδήγηση των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας. Το πρόβλημα που σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των μελετητών θα φανεί εντονότερο στο μέλλον είναι η συνεχώς αυξανόμενη συμμετοχή των ηλικιωμένων οδηγών σε τροχαία συμβάντα. Από ένα ποσοστό 12% που είναι σήμερα οι οδηγοί πάνω από 65 ετών, αναμένεται να φθάσει στο 25% το 2020. Και οι αριθμοί που προκύπτουν είναι εντυπωσιακοί: οι ηλικιωμένοι (άνω των 65 ετών) έχουν 1,5 φορά μεγαλύτερη συμμετοχή από τον μέσο όρο στα τροχαία ατυχήματα. Δηλαδή αν ο μέσος όρος είναι 100 ατυχήματα και οι νέοι προκαλούν 175, οι ηλικιωμένοι έστω και με τη συντηρητική οδήγησή τους ευθύνονται για 150 ατυχήματα.

Αυξημένη κατά 180% του μέσου όρου είναι η συμμετοχή ηλικιωμένων οδηγών στα ατυχήματα που εμφανίζονται σε αριστερές στροφές και αυτό γιατί είναι μάλλον μια πολύπλοκη μανούβρα, αφού απαιτείται στροφή σε συνδυασμό με υπολογισμό της απόστασης και της ταχύτητας του επερχόμενου ατυχήματος. Αντίθετα, μειώνεται σε ποσοστό 80% του μέσου όρου η πιθανότητα εμπλοκής του ηλικιωμένου σε μετωπικές συγκρούσεις, λόγω της πιο προσεκτικής οδήγησής τους. Όπως όμως επισημαίνεται στην έρευνα των πανεπιστημιακών, «οι ηλικιωμένοι υιοθετώντας πρακτικές του τύπου "στην οδήγηση σιγά -σιγά και όλα γίνονται με ασφάλεια", κατανοούν να αγνοούν προτεραιότητες και κανόνες του ΚΟΚ, ίσως για να αποτινάξουν τμήμα του διανοητικού φορτίου της οδήγησης, με αποτέλεσμα να δημιουργούν γύρω τους αυξημένο δυναμικό τροχαίων συμβάντων».(Hekamis-Blomqvist L, Johansson K, Lundberg C. 1996)

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα, επιρρεπή στα τροχαία ατυχήματα. Ο αριθμός των ατόμων που οδηγούν σε ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών συνεχώς αυξάνεται. Είναι επίσης γενικά παραδεκτό ότι αυξάνεται η πιθανότητα πρόκλησης ατυχήματος σε οδηγούς άνω των 50 ετών ,αν και οι απόψεις ως προς αυτό ποικίλουν. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία οδηγοί και επιβάτες οχημάτων όταν εμπλακούν σε ατύχημα έχουν σοβαρότερους τραυματισμούς σε σχέση με νεότερους στην ηλικία. Μελέτες εργαστηρίων και προσομοιωτών έχουν δείξει ότι η αισθητήρια, γνωστική και φυσική απόδοση των ηλικιωμένων είναι μειωμένη συγκρινόμενη με των νεότερων σε καταστάσεις δυσμενείς και προβληματικές που σχετίζονται με την οδήγηση.(Evans L. 1991) Σε πολλές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα απαιτείται ανανέωση της άδειας οδήγησης μετά το 70 έτος ηλικίας κατόπιν ιατρικών εξετάσεων με κύριες της όρασης και της φυσικής κατάστασης. Παρά την ευρεία εφαρμογή του συστήματος, μελέτη στην Φιλανδία και τη Σουηδία έδειξε να μην υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ασφάλειας των ηλικιωμένων κατά την οδήγηση και του ελέγχου της υγείας τους.

Όποια μέτρα ληφθούν για τη διαλογή της ικανότητας των ηλικιωμένων οδηγών θα πρέπει να είναι δίκαια και αποδεκτά από τους ίδιους καθώς οι περισσότεροι από αυτούς χρησιμοποιούν το αυτοκίνητο για προσωπική χρήση και εξυπηρέτηση βασικών τους αναγκών . Έχει παρατηρηθεί ότι πολλοί ηλικιωμένοι παραιτούνται οικειοθελώς από την οδήγηση όταν διαπιστώσουν έκπτωση των ικανοτήτων τους. (Evans L. 1991)

4.1.ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Τα κυριότερα αίτια των πτώσεων είναι έλλειψη ισορροπίας, ορθοστατική υπόταση, οστεοπόρωση, μειωμένη όραση, ζάλη, αυχενικό σύνδρομο, μυϊκή αδυναμία, χρήση ορισμένων φαρμάκων και άσχημη ψυχολογική κατάσταση.

Το συχνότερο αποτέλεσμα μιας πτώσης είναι το κάταγμα, που ακινητοποιεί το άτομο για μεγάλο χρονικό διάστημα, με όλα τα συναφή προβλήματα. Τα κατάγματα από πτώση εντοπίζονται κυρίως στα κάτω άκρα. Φαίνεται, πως ένα σωστό πρόγραμμα άσκησης, αποτελεί το καταλληλότερο μέσο για τη πρόληψη των πτώσεων.

Συμβουλές για σωστή και ασφαλή άσκηση (Χατζηδαμιανός Θεόδωρος, Σακελλάρη Βασιλική)

Παρακάτω παρατίθενται χρήσιμες συμβουλές, ώστε η άσκηση να μην επιφέρει ανεπιθύμητα αποτελέσματα:

- πριν την έναρξη του προγράμματος άσκησης, συμβουλευτείτε τον ιατρό σας για την κατάσταση της υγείας σας
- αρχικά πραγματοποιείτε τις ασκήσεις υπό την επίβλεψη ενός φυσικοθεραπευτή
- το ιδανικότερο πρόγραμμα ασκήσεων είναι το εξατομικευμένο. Συμβουλευτείτε τον φυσικοθεραπευτή σας για το σχεδιασμό του κατάλληλου προγράμματος ασκήσεων
- η ένδυσή σας να είναι αθλητική. Αποφεύγετε τα ζέστα ρούχα
- μην αθλείστε σε ακραίες θερμοκρασίες και υψηλή υγρασία
- αποφεύγετε την άσκηση όταν νιώθετε κουρασμένοι ή είστε άπνοι
- το τελευταίο γεύμα να έχει πραγματοποιηθεί τουλάχιστον 3 ώρες πριν και να είναι ελαφρύ
- κατά την άσκηση ν' αποφεύγετε επικίνδυνες θέσεις και δραστηριότητες, όπως στήριξη στο ένα πόδι, στήριξη στα γόνατα, ασκήσεις σε ακραίες θέσεις ή με υψηλή ταχύτητα
- η συχνότητα εφαρμογής του προγράμματος πρέπει να είναι 3-4 φορές εβδομαδιαίως
- η διάρκεια του προγράμματος να είναι 45-60 λεπτά τη συνεδρία

Διακοπή άσκησης

Η άσκηση πρέπει να διακόπτεται όταν παρατηρηθεί έντονη κόπωση, έντονη εφίδρωση, ωχρότητα, ζάλη, δύσπνοια, ίλιγγος ή ναυτία (Χατζηδαμιανός Θεόδωρος, Σακελλάρη Βασιλική)

Τμήματα προγράμματος άσκησης

Σε κάθε συνεδρία το πρόγραμμα αποτελείται από 3 τμήματα

(Χατζηδαμιανός Θεόδωρος, Σακελλάρη Βασιλική) :

- Προθέρμανση ή ζέσταμα. Σ' αυτή τη φάση η ένταση των ασκήσεων αυξάνεται σταδιακά. Η διάρκεια της είναι 10-15 λεπτά.
- Δυναμική φάση ή κυρίως πρόγραμμα. Εδώ, η ένταση αγγίζει το προκαθορισμένο επίπεδο. Έχει διάρκεια 20-30 λεπτά.
- Αποθεραπεία ή χαλάρωμα. Στο συγκεκριμένο στάδιο, η ένταση των ασκήσεων μειώνεται σταδιακά. Διάρκει 5-10 λεπτά.

4.2.Ενδεικτικό πρόγραμμα ασκήσεων

Παρακάτω, παρατίθεται ένα ενδεικτικό πρόγραμμα ασκήσεων, απευθυνόμενο σε άτομα τρίτης ηλικίας, για την πρόληψη των πτώσεων. (Χατζηδαμιανός Θεόδωρος, Σακελλάρη Βασιλική)

ΠΡΟΘΕΡΜΑΝΣΗ 1ο μέρος

A. Ζέσταμα. Μια προθέρμανση διάρκειας 10 λεπτών μπορεί να αποτελείται από τις ενδεικτικές ασκήσεις που περιγράφονται στις **Εικόνες 1, 2, 3, 4 και 5**.



Εικόνα 1(α, β, γ).

α. Από όρθια θέση μπορείτε να μετακινήσετε το ένα σας πόδι μπροστά και πίσω.

β. Έπειτα, το ίδιο πόδι μέσα και έξω.

γ. Οι ίδιες ασκήσεις γίνονται και με το άλλο σας πόδι. Κατά τις ασκήσεις αυτές, ο κορμός σας πρέπει να είναι σε ευθεία θέση και να μη καμπουριάζετε. Μετά κάνετε επιτόπια βήματα από όρθια θέση.



Εικόνα 2 (α, β).

α. Από όρθια θέση σταθείτε ταυτόχρονα και με τα δυο σας πόδια στις φτέρνες σας και στα δάχτυλα.

β. Το βάδισμα με μικρά και ισομήκη βήματα αποτελεί απαραίτητο μέρος της προθέρμανσής σας. Μπορείτε να βαδίζετε με κατεύθυνση μπροστά, όπισθεν, και με πλάγια βήματα, αριστερά και δεξιά.



Εικόνα 3 (α, β, γ). Από καθιστή θέση, ακουμπώντας καλά η πλάτη σας στην πλάτη της καρέκλας κινήστε το κεφάλι σας.

α. Προσπαθήστε το πηγούνι σας να ακουμπήσει το στήρνο σας

β. με τα μάτια σας να κοιτάξετε το ταβάνι,

γ. προσπαθήστε το αυτί σας να ακουμπήσει το σύστοιχο ώμο σας, χωρίς να τον ανυψώσετε



Εικόνα 4 (α, β). Από καθιστή θέση,

α. τεντώστε το γόνατό σας και μετά επαναφέρετέ το στην αρχική του θέση.

β. Έπειτα πραγματοποιείτε μικρά επιτόπια βήματα. Να προσέχετε, ώστε κατά την άρση του σκέλους όλο το πέλμα να χάνει την επαφή από το έδαφος.



Εικόνα 5. Όρθιοι, στρίβετε το κορμό σας αριστερά και δεξιά. Στη τελευταία άσκηση τα πέλματά σας να είναι σταθερά στο έδαφος και η στροφή να πραγματοποιείται στο ύψος των γοφών σας και όχι στη σπονδυλική σας στήλη. Ο κορμός σας να είναι σε ευθεία θέση.

Β. Διατάσεις. Παρακάτω δίνονται ορισμένα παραδείγματα διατάσεων. Οι διατάσεις της προθέρμανσης είναι πιο ήπιες από αυτές που γίνονται μετά το τέλος όλων των ασκήσεων (αποθεραπεία). Κατά την εκτέλεσή τους μην ξεπερνάτε τα όρια του πόνου. Διατηρείτε τη τελική θέση της διάτασης για 30-60 δευτερόλεπτα, Εικόνες 6 α και β.



Εικόνα 6 (α, β).

α. Για να διατείνετε τους ισχιοκνημιαίους, από όρθια θέση τοποθετείτε το πόδι σας πάνω στον πάγκο, αν είναι δυνατόν με τεντωμένο το γόνατο ώστε αυτό να βρίσκεται παράλληλα με το έδαφος. Από αυτή τη θέση, στρίβεται το πόδι σας προς τα μέσα και έξω

β. Για να διατείνετε τους προσαγωγούς του ισχίου, κάθεστε οκλαδόν, τοποθετείτε τους αγκώνες σας στην έσω πλάγια επιφάνεια των γονάτων σας και πιέζετε τα γόνατά σας προς τα κάτω.

ΚΥΡΙΩΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 2ο μέρος

Η προθέρμανση ακολουθείται από τη δυναμική φάση. Μια δυναμική φάση, διάρκειας 30 λεπτών, μπορεί να αποτελείται από ασκήσεις όπως αυτές φαίνονται **Εικόνες 7, έως 17** (Χατζηδαμιανός Θεόδωρος, Σακελλάρη Βασιλική) :



Εικόνα 7. Με τη χρήση ράβδου (πχ. πλάστης) γίνονται ασκήσεις για τα άνω άκρα. Από καθιστή θέση πιάνετε τη ράβδο με τα δυο σας χέρια και τη σηκώνετε προς τα πάνω. Επαναφέρετε στην αρχική θέση.



Εικόνα 8. Με μια ελαφριά μπάλα ή ένα μπαλόνι πραγματοποιούνται ποικίλες ασκήσεις. Από όρθια θέση κλωτσεύετε το μπαλόνι με τη μέσα επιφάνεια του ποδιού σας.



Εικόνα 9. Για την ενδυνάμωση των κοιλιακών ξαπλώστε ανάσκελα στο κρεβάτι, λυγίστε τα πόδια σας, ακουμπήστε όλη την επιφάνεια των πελμάτων σας πάνω στο κρεβάτι, τοποθετείστε τα χέρια στα πλάγια της κεφαλής (ίσα-ίσα να ακουμπούν το κεφάλι) και προσπαθήστε να ξεκολλήσετε το κεφάλι και τις ωμοπλάτες από κάτω (εκτελέστε 3 σετ των 10 επαναλήψεων με διάλειμμα 2 λεπτών ανάμεσά τους).



Εικόνα 10. Για τους ραχιαίους γυρίστε μπρούμυτα, οι αγκώνες σας λυγισμένοι, τα χέρια από τον αγκώνα και κάτω να ακουμπούν το κρεβάτι, και προσπαθήστε να ξεκολλήσει το στήθος σας από κάτω. Προσοχή η δύναμη δε δίνεται με τα χέρια (εκτελέστε 3 σετ των 10 επαναλήψεων με διάλειμμα 2 λεπτών ανάμεσά τους).



Εικόνα 11. Σηκωθείτε και καθίστε σε μια καρέκλα με σχετικά αργό ρυθμό. Τα πόδια σας ελαφρά απομακρυσμένα και ο κορμός σας σε ευθεία θέση. Η ώθηση και στις δύο κινήσεις δίνεται από τους μηρούς σας. Αν η άσκηση είναι αδύνατη στο συγκεκριμένο είδος καρέκλας, προτιμείστε καρέκλα με μπράτσα.



Εικόνα 12. Κάμψεις στο τοίχο. Τα πέλματά σας ακουμπούν στο έδαφος, τα πόδια σας ελαφρά ανοιχτά, όλο σας το κορμί σε ευθεία θέση και με κλίση προς το εμπρός. Ακουμπήστε τις παλάμες σας στον τοίχο, αριστερά και δεξιά, στο ύψος της κεφαλής. Προσπαθήστε οι ώμοι σας να πλησιάσουν το τοίχο.

Εικόνα 13 (α, β).

α. Για την ενδυνάμωση του ώμου, φέρτε το χέρι σας εμπρός, κρατώντας το βαράκι. Η κίνηση πραγματοποιείται μόνο στον ώμο. Μετά επαναφέρετε το χέρι σας στην αρχική θέση.

β. Για τον αγκώνα, είστε σε καθιστή θέση, το χέρι με το βαράκι ακουμπά λίγο πιο πάνω από το γόνατο, και κλείνετε αργά τον αγκώνα. Επαναλαμβάνετε τις κινήσεις και στο άλλο χέρι.

Οι ασκήσεις ενδυνάμωσης με λάστιχα εφαρμόζονται για τα άνω και κάτω άκρα. Εκτελέστε, και εδώ, 3 σετ των 10 επαναλήψεων. Τοποθετείτε το λάστιχο λίγο πιο πάνω από τα σφυρά σας (αστράγαλο). Αυτό τραβάει το πόδι σας προς τα έξω, μέσα, μπρος ή πίσω ανάλογα με την άσκηση. Για τους μυς στο πέλμα σας, πιάνετε το λάστιχο με τα χέρια σας και περνάτε την άλλη άκρη του κάτω από το πέλμα,

Εικόνα 13 (α, β).



Εικόνα 13 (α, β). Ασκήσεις ενδυνάμωσης με λάστιχα

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ



Εικόνα 14 (α, β).

α. Τοποθετείστε τα πόδια σας αριστερά και δεξιά της γραμμής, που είναι στο δάπεδο. Η απόστασή τους από τη γραμμή να είναι περίπου 15 εκατοστά. Περπατήστε διατηρώντας την απόσταση των ποδιών σας από τη γραμμή σταθερή.

β. Προσπαθήστε να περπατήσετε πατώντας, διαρκώς, πάνω στη γραμμή, που είναι σχεδιασμένη στο έδαφος, διατηρώντας την ισορροπία σας. Η αποθεραπεία αποτελεί το τελευταίο τμήμα του προγράμματος άσκησης. Μια αποθεραπεία διάρκειας 5 λεπτών, που απευθύνεται σε υγιείς ηλικιωμένους, μπορεί να αποτελείται από τις παρακάτω ενδεικτικές ασκήσεις

ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 3ο μέρος (Χατζηδαμιανός Θεόδωρος, Σακελλάρη Βασιλική)



Εικόνα 14 (α, β).

α. Αρχίζετε την αποθεραπεία με ήπιο τρέξιμο.

β. Συνεχίζετε με βάδισμα μεγάλου διασκελισμού, που σταδιακά μειώνεται. Εφαρμόστε λίγες ελεύθερες ασκήσεις στη συνέχεια.



Εικόνα 15 (α, β).

α. Από όρθια θέση, με το κορμό σας σε ευθεία θέση, φέρνετε μπροστά τεντωμένο το ένα χέρι σας.

β. Ακουμπώντας, για ασφάλεια, σε μια καρέκλα μπορείτε να σηκώνετε εναλλάξ τα πόδια σας, λυγίζοντας το γόνατο.

Ακολουθούν διατάξεις για αποθεραπεία που είναι πιο δυναμικές από εκείνες της προθέρμανσης π.χ. Εικόνα 16.



Εικόνα 16. Για τη διάταση των πρόσθιων θωρακικών μυών, πλέκετε τα χέρια σας στο πίσω μέρος της κεφαλής σας, και φέρνετε τα χέρια σας, ταυτόχρονα, προς τα πίσω.

Αναπνευστικές ασκήσεις - Χαλάρωση.
Αρχίστε με συνδυασμό ελεύθερων ενεργητικών ασκήσεων και αναπνευστικών ασκήσεων. Στο τέλος του προγράμματος, χαλαρώνετε.



Εικόνα 16. Από καθιστή θέση, μπορείτε να φέρετε, ταυτόχρονα, και τα δυο σας χέρια μπροστά και πάνω, και μετά κάτω, στην αρχική θέση. Κατά το ανέβασμα των χεριών, παίρνετε αέρα από τη μύτη. Κατά το κατέβασμα των χεριών, βγάζετε τον αέρα από το μισάνοιχτο στόμα σας, σα να προσπαθείτε να σβήσετε ένα κερί.



Εικόνα 17. Ξαπλώνετε ανάσκελα σε ένα κρεβάτι με λυγισμένα τα πόδια σας και η επιφάνεια των πελμάτων να ακουμπά ολόκληρη πάνω στο κρεβάτι. Προσπαθήστε να συγκεντρωθείτε και να χαλαρώσετε πλήρως.

4.3.ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Στην Ελλάδα το 17,3% του πληθυσμού είναι άνω των 65 ετών.

Κάθε χρόνο 1 στους 3 ηλικιωμένους θα υποστεί μια φορά τουλάχιστον πτώση από την οποία θα προκληθεί κάταγμα ,όπως έχω ήδη προαναφέρει.

Τα άτομα άνω των 65 ετών έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να τραυματισθούν.

Οι σοβαροί τραυματισμοί και οι θάνατοι από πτώση αυξάνονται μετά την ηλικία των 70 ενώ διπλασιάζονται μετά τα 78.

Οι μισοί σχεδόν τραυματισμοί ατόμων τρίτης ηλικίας γίνονται στο σπίτι. Τα συχνότερα ατυχήματα γίνονται στο υπνοδωμάτιο, το μπάνιο και τις σκάλες. (Γιώργος Τσιτσιλέγκας)

Τα κυριότερα αίτια ατυχημάτων στην Τρίτη ηλικία αφορούν (Γιώργος Τσιτσιλέγκας) :

- **Χρόνια νοσήματα** που δυσχεραίνουν την κίνηση
- Σύγχρονη λήψη πολλών **φαρμάκων**
- Έλλειψη φυσικής **άσκησης**
- Ελλιπή ή κακή **διατροφή**
- Προβλήματα **ακοής** και **όρασης**
- Επιλογή **ακατάλληλων ρούχων** και **υποδημάτων**
- Κακό **σχεδιασμό του σπιτιού**

Οι κίνδυνοι για πτώση μέσα στο σπίτι περιλαμβάνουν (Γιώργος Τσιτσιλέγκας) :

- **Σκάλες** χωρίς χειρολαβή
Στενά σκαλιά
- Ελλιπή **φωτισμό**
- **Ολισθηρές επιφάνειες** (κουζίνα, μπάνιο)
- **Χαλιά** που αναδιπλώνονται στις άκρες
- **Έπιπλα ,καλώδια** και άλλα αντικείμενα που εμποδίζουν το περπάτημα.

Γενικοί κανόνες ασφάλειας για το σπίτι

Πολλές φορές τα προβλήματα μνήμης, αστάθειας, κινητικότητας, όρασης και ακοής που εμφανίζονται στα άτομα της Γ' Ηλικίας προκαλούν δυσκολίες στη λειτουργικότητα τους και δημιουργούν κινδύνους που περιλαμβάνουν πτώσεις, τραυματισμούς, εγκαύματα, δηλητηριάσεις. (Γιώργος Τσιτσιλέγκας)

Διάφορες αλλαγές στη διαμόρφωση του χώρου της οικίας και του περιβάλλοντος που ζει και κινείται ο ηλικιωμένος, καθώς και η προσαρμογή των δραστηριοτήτων που εκτελεί, μπορούν να ενισχύσουν την ασφάλεια του ατόμου μέσα στο σπίτι και τον διευκολύνουν στις καθημερινές ασχολίες του. (Γιώργος Τσιτσιλέγκας)

Όσο πιο καλά οργανωμένο είναι το περιβάλλον που ζουν τα άτομα, τόσο αυξάνεται η ανεξαρτησία και η ασφάλεια τους και βελτιώνονται οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια.

Η καλύτερη οργάνωση του χώρου, η έλλειψη περιορισμών και η προσαρμογή των δραστηριοτήτων που αφορούν σε απλές αλλά και μερικές φορές σε πιο σύνθετες παρεμβάσεις, στοχεύουν στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ασφάλεια του ηλικιωμένου. (Γιώργος Τσιτσιλέγκας)

Γενικοί κανόνες ασφάλειας για το σπίτι.

Φροντίζοντας ορισμένες λεπτομέρειες στο περιβάλλον που κινείται ο ηλικιωμένος μπορούν να αποτραπούν τα ατυχήματα και τραυματισμοί. Κάποιες συμβουλές για την ασφάλεια μέσα στο σπίτι είναι (Γιώργος Τσιτσιλέγκας) :

Οι μοκέτες και τα χαλιά πρέπει να είναι κολλημένα στο πάτωμα με ταινία διπλής όψεως.

Καλό είναι στο δάπεδο πρέπει να τοποθετηθούν επιφάνειες που δεν γλιστρούν, είναι ανθεκτικές και πλένονται εύκολα.

Όλα τα καλώδια των ηλεκτρικών συσκευών πρέπει να είναι στερεωμένα κατά μήκος των τοίχων, διαφορετικά είναι πολύ πιθανό να προκληθεί ατύχημα κατά τη βάδιση.

Τα μικροέπιπλα πρέπει να τακτοποιηθούν σε σημεία που δεν εμποδίζουν την άνετη διέλευση.

Στις εξωτερικές ή/και εσωτερικές σκάλες του σπιτιού, πρέπει να τοποθετούνται κάγκελα με κουπαστές για πιο εύκολη άνοδο και κάθοδο.

Στα διαφορετικά επίπεδα του σπιτιού, πρέπει να υπάρχει διαφορά χρώματος και να τοποθετηθούν ευδιάκριτα τελειώματα στα σκαλοπάτια

Καλό είναι να τοποθετηθούν προστατευτικές μπάρες και λαβές στους χώρους που κινείται ο ηλικιωμένος, εφόσον χρειάζεται.

Τα βοηθήματα μετακίνησης(μπαστούνια, πατερίτσες, κ.α.) θα πρέπει να βρίσκονται πάντα σε απόσταση τέτοια που να μπορεί ο ηλικιωμένος να τα πιάσει χωρίς ιδιαίτερη προσπάθεια.

Πρέπει να τοποθετηθεί σύστημα πυρασφάλειας, ιδιαίτερα σε χώρους υψηλού κινδύνου(π.χ. κουζίνα).

Απαραίτητο είναι και το κουδούνι κινδύνου, ώστε, σε περίπτωση ανάγκης π.χ. την ώρα του μπάνιου, να ειδοποιείται άμεσα ο φροντιστής ή τα άλλα μέλη της οικογένειας.

Οι κλειδαριές, ιδιαίτερα του μπάνιου, θα πρέπει να είναι ακινητοποιημένες σε ανοικτή θέση με κολλητική ταινία , για να εξασφαλίζεται η άμεση πρόσβαση του φροντιστή σε περίπτωση ατυχήματος.

Να απομακρύνονται τα αντικείμενα που εμποδίζουν τη διέλευσή τους.

Ο φωτισμός της εισόδου να είναι επαρκής ειδικά κατά τις νυχτερινές ώρες.

Να αυξηθεί ο φωτισμός στο μπάνιο.

Να τοποθετούνται ειδικά φώτα νυκτός ανάμεσα στο δωμάτιό του ηλικιωμένου και το μπάνιο

Να εγκατασταθούν λαβές στις μπανιέρες και ντουζιέρες για να αποφεύγονται τα γλιστρήματα.

Να τοποθετούνται χαλάκια από λάστιχο στη μπανιέρα και τη ντουζιέρα για να αποφεύγονται τα γλιστρήματα.

Αν υπάρχει πρόβλημα ισορροπίας, να τοποθετείται ειδικό κάθισμα ή χειρολαβές ασφαλείας στη μπανιέρα ή τη ντουζιέρα.

Αν αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος προβλήματα στην κίνηση, να τοποθετείται υπερυψωμένο κάθισμα στην τουαλέτα του.

Τα μαγειρικά σκεύη και τα αποθηκευμένα τρόφιμα να βρίσκονται σε σημείο όπου μπορείτε εύκολα να έχετε πρόσβαση.

Να προμηθευτεί ειδικό σκαμνάκι ασφαλείας για να φτάνει με ασφάλεια στα ψηλά ντουλάπια όταν αυτό είναι απαραίτητο

Να έχει διαθέσιμες συσκευές τηλεφώνου στο υπνοδωμάτιο του, στη κουζίνα και το μπάνιο του.

Να έχει σε ευδιάκριτο σημείο το νούμερο κλήσης των πρώτων βοηθειών (166) και τα νούμερα τηλεφώνων των οικείων του.

***Οι τραυματισμοί από τροχαία** αποτελούν περίπου το 20% του συνόλου των θανατηφόρων τραυματισμών από ατύχημα με τους μεγαλύτερους(75+) να είναι οι πιο ευάλωτοι και τους άνδρες να υπόκεινται σε ποσοστό πάνω από 60% σε αυτό το είδος τραυματισμού.

Οι πεζοί αποτελούν περισσότερο από το 1/3 όλων των θυμάτων από τροχαίο.

Προτεινόμενες άμεσες δράσεις:

Η χρήση συστημάτων κανόνων οδικής κυκλοφορίας που μπορούν να εξασφαλίσουν την ασφαλή διάβαση του δρόμου από τους πεζούς.

***Οι δηλητηριάσεις** ευθύνονται για σχεδόν 2.000 θανάτους ηλικιωμένων στην Ε.Ε. ετησίως, με τα φαρμακευτικά προϊόντα και την εισπνοή μονοξειδίου του άνθρακα να αποτελούν τις κύριες αιτίες. (Γιώργος Τσιτσιλέγκας)

Προτεινόμενες άμεσες δράσεις:

Η χρήση διαμερισματοποιημένων κουτιών καθημερινής δόσης, καθώς και η κατάλληλη σήμανση και συσκευασία των φαρμάκων.

Η πιστοποίηση της εγκατάστασης όπως και η σωστή συντήρηση των συσκευών γκαζιού και διανομής.

*** Οι πνιγμοί** ευθύνονται για περίπου 1.800 θανάτους ηλικιωμένων στην Ε.Ε.-27 ετησίως, με τους άνδρες να αποτελούν την πλειονότητα των θανατηφόρων τραυματισμών. Η κατανάλωση αλκοόλ, η κολύμβηση και οι πτώσεις αποτελούν τις κύριες αιτίες πνιγμού τόσο κατά τη διάρκεια των διακοπών όσο και στα οικιακά μπάνια. (Γιώργος Τσιτσιλέγκας)

Προτεινόμενες άμεσες δράσεις:

Η συνειδητοποίηση της ανάγκης εγκράτειας από το αλκοόλ και η διατήρηση καλής υγείας.

* **Τα εγκαύματα**, οι πυρκαγιές και η φωτιά ευθύνονται για πάνω από 1.800 θανάτους μεταξύ των ηλικιωμένων ετησίως με πιο ευάλωτους τους μεγαλύτερους (75+) και τους άνδρες να υπόκεινται πάνω από 59% σε αυτό το είδος τραυματισμού. (Γιώργος Τσιτσιλέγκας)

Προτεινόμενες άμεσες δράσεις:

Η εγκατάσταση και συντήρηση συναγερμών καπνού και η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τους πολλαπλούς κινδύνους του καπνίσματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Με την πάροδο της ηλικίας δημιουργούνται προοδευτικές φθορές στο ανθρώπινο σώμα με παράλληλη μείωση της ικανότητας που έχει να επισκευάζει τις φθορές αυτές.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ατυχημάτων στην Τρίτη ηλικία οφείλεται στις πτώσεις οι οποίες είναι συνηθισμένες στην ηλικία αυτή εξαιτίας της εκφύλισης της μυϊκής δύναμης και της ισορροπίας, της φθοράς της όρασης και της λήψης φαρμάκων.

Ακολουθούν οι τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα, τραυματισμοί από φωτιά, πνιγμοί, δηλητηριάσεις.

Για να επιτύχουν οι ηλικιωμένοι «υγιή γηρατειά» και να ζήσουν με χαρά και ικανοποίηση πρέπει η πολιτεία και η επιστημονική κοινότητα υγείας να δώσουν τη δέουσα προσοχή για την ανάπτυξη και εφαρμογή οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης.

Η συστηματική εξάσκηση και φυσική δραστηριοποίηση βοηθούν στην διατήρηση και βελτίωση της λειτουργικής κινητικότητας με αποτέλεσμα την αποφυγή πτώσεων και συναφών ατυχημάτων.

Η εξασφάλιση της καλής λειτουργικής κινητικότητας και αυτονομίας των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλλει στην αναβάθμιση του επιπέδου ζωής για τον πληθυσμό της τρίτης ηλικίας

Αν ευαισθητοποιηθούν όλοι όσοι ασχολούνται με ηλικιωμένα άτομα και φροντίσουν για την εφαρμογή προγραμμάτων που εξασφαλίζουν ένα ποιοτικά υψηλό επίπεδο ζωής για τους ηλικιωμένους θα ελαττωθούν και τα ατυχήματα και οι δυσάρεστες συνέπειές τους.

Σε περιπτώσεις ατυχήματος οι πρώτες βοήθειες είναι σημαντικές. Σκοπός τους είναι η διατήρηση της ζωής, η πρόληψη της επιδείνωσης της κατάστασης, η ανακούφιση από τον πόνο και η βοήθεια για ανάνηψη.

Σπουδαίο ρόλο στην παροχή πρώτων βοηθειών παίζει η ψυχραιμία. Ενεργούμε πάντα βάση σχεδίου έχοντας στο μυαλό μας τις βασικές ενέργειες που πρέπει να εφαρμόσουμε σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης..

- Φροντίζουμε για την ασφάλεια τη δική μας καθώς και του θύματος.
- Αξιολογούμε την κατάσταση του θύματος (αν έχει τις αισθήσεις του, αν αναπνέει, αν έχει σφυγμό).
- Ζητούμε βοήθεια.
- Καλούμε το 166 αν χρειάζεται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πουλοπούλου-Εμκε 1999.
2. Μωυσίδης Α.(1998) Κοινωνικός μετασχηματισμός και όψεις κοινωνικού Αποκλεισμού.
3. Rubinstein, 1990 στο Δαρδαβέσης, 1999.
4. Filipp, 1987 στο Τσιώλη, 1996.
5. Lemme, 1995 στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α
6. Λοΐζου, 1993 στο Μωυσίδης και συν, 2002.
7. Mitterauer et al., 1977 στο Μωυσίδης και συν, 2002.
8. Filippo Medina 1998. Μετάφραση :Άμπυ Ραϊκου- Σταύρου. Πρώτες βοήθειες.
9. Dr. A.S. Playfair, 1993. Μετάφραση: Φοίβη Μοσχούδη <Πρακτικές πρώτες βοήθειες>.
10. Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age Ageing* 2004; 33(2):122-30.
11. Tinetti ME, Williams CS. The effect of falls and fall injuries on functioning in community-dwelling older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998; 53(2):M112-9.
12. Koski K, Luukinen H, Laippala P, Kivela SL. Physiological factors and medications as predictors of injurious falls by elderly people: a prospective population-based study. *Age Ageing* 1996; 25(1):29-38.
13. Speechley M, Tinetti M. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(1):46-52.
14. Van Doorn C. Dementia as a Risk Factor for Falls and Fall Injuries Among Nursing Home Residents. *Journal of American Geriatric Society* 2003; 51:1213-1218.
15. Akyol AD. Falls in the elderly: what can be done? *Int Nurs Rev* 2007; 54(2):191-6.
16. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing* 2006;35(Suppl 2):37-41.
17. Lach HW, Reed AT, Arfken CL, Miller JP, Paige GD, Birge SJ, Peck WA. Falls in the elderly: reliability of a classification

18. Lach HW, Reed AT, Arfken CL, Miller JP, Paige GD, Birge SJ, Peck WA. Falls in the elderly: reliability of a classification system. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(2):197-202.
19. Lohman H, Givens D. Balance and Falls with Elders: Application of Clinical Reasoning. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 1999; 16:17-32.
20. McGrother CW, Donaldson MM, Clayton D, Abrams KR, Clarke M. Evaluation of a hip fracture risk score for assessing elderly: the Melton Osteoporotic Fracture (MOF) study. *Osteoporos Int* 2002, 13:89-96
21. Συμεωνίδου Χ. (1996), Δημογραφική γήρανση και φροντίδα για τους ηλικιωμένους
22. Borger LL, Whitney SL, Redfern MS, Furman JM. The influence of dynamic visual environments on postural sway in the elderly. *J Vestib Res* 1999; 9(3):197-205.
23. Lord SR, Dayhew J. Visual risk factors for falls in older people. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(5):508-15.
24. Alexander N. Postural control in older adult. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:93-108.
25. Tideiksaar R. Falls in older people. Prevention and Management. 3rd ed. 2002, Baltimore: Heath Professions Press.
26. Kenny RA, Richardson DA, Steen N, Bexton RS, Shaw FE, Bond J. Carotid sinus syndrome: a modifiable risk factor for nonaccidental falls in older adults (SAFE PACE). *J Am Coll Cardiol* 2001; 38(5):1491-6.
27. Bergin PS, Bronstein AM, Murray NM, Sancovic S, Zeppenfeld DK. Body sway and vibration perception thresholds in normal aging and in patients with polyneuropathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 58(3):335-40.
28. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(1):40-50.
29. Robbins S, Waked E, Gouw GJ, McClaran J. Athletic footwear affects balance in men. *Br J Sports Med* 1994; 28(2):117-22.
30. Menz HB, Morris ME, Lord SR. Footwear characteristics and risk of indoor and outdoor falls in older people. *Gerontology* 2006; 52(3):174-80.
31. Speechley M and M Tinetti. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 1991; 39(1):46-52.

32. Komaroff, L.A. (Ed.). (2004) Harvard Medical School. Όλα για την υγεία. Αθήνα: Εκδόσεις Φλούδα.
33. Βλάχος Π. Εγχειρίδιο Δηλητηριάσεων. Αθήνα, Ζήτα Ιατρικές Εκδόσεις 1996
34. Θέματα τοξικολογίας, Επιμέλεια Έκδοσης Α. Κουτσελίνης 1993, Κεφ.<Θεραπευτική αντιμετώπιση δηλητηριάσεων>
35. www.fireservice.gr/pyr/.../thermoplaxia.csp
36. Smith J and Wallis L. (2005) Cooling Methods used in Treatment of Exertional Heat Illness
37. Mazerolle SM, Scruggs IC, Douglas J, Casa M, Burton LJ, McDermott B, et al. (2010) Current Knowledge, Attitudes, and Practices of Certified Athletic Trainers Regarding Recognition and Treatment of Exertional Heat Stroke. J Athl Train. Mar-Apr, 45(2): 170-180.
38. "Πρώτες Βοήθειες: Οδηγίες και τεχνικές που σώζουν ζωές", Δημοτικό δίκτυο υγείας ΟΤΑ, Αθήνα 2006
39. Νίκος Γιοβανίδης, Διευθυντής Ελληνικής Ναυαγοσωστικής Ακαδημίας, 2004
40. Αντ. Σ. Κουτσελίνη. «Ιατροδικαστική», Ε΄ Έκδοση, κεφ. Ε: «Πνιγμός», σελ. 149-161. Εκδόσεις Παρισιάνος, 2002.
41. Χατζημπαλής Ελευθέριος, «Εμφραγμα μυοκαρδίου» Εκδότης: UNIVERSITY STUDIO Press, 2007
42. Στάθη Χρύσα, 2011 <http://www.genikos-iatros.gr/Lipothymia.html>
43. Bateman DE. 2001 Neurological assessment of coma
44. Gallo J.J, Rebok G.W, Lesikar S.E the driving habits of adults aged 60 years and older J. Am. Geriatrics Soc 1999; 47:335-341
45. Hekamis-Blomqvist L, Johansson K, Lundberg C. Medical screening of older drivers as a traffic safety measure: a comparative Finish-Swedish evaluation study J:AM. Geriatrics Soc 1996; 44:650-653
46. Evans L Traffic safety and the driver. Van Nostand Reinhold, New York. 1991
47. «ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ – ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ – ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ », ΕΠΕΑΕΚ II, Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, Γιώργος Τσιτσιλέγκας