

Τ.Ε.Ι. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: κ. Θεοφανίδης

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Καλύβα Φωτεινή

Αλεξιάδης; Διονύσιος

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009

Εκφράζουμε τις θερμές μας ευχαριστίες, στον εισηγητή της πτυχιακής μας εργασίας κ. Θεοδωρίδη, για την καθοδήγησή του σ' όλη τη διάρκεια της παρούσας εργασία, και για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε.

Επίσης, και στους γονείς μας, που μας στάθηκαν ηθικά και υλικά από τη στιγμή της γέννησής μας μέχρι και τώρα, και ιδιαίτερα τα τελευταία αυτά χρόνια των σπουδών μας!

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	2
Πρόλογος	6
Εισαγωγή	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: Ατυχήματα μέσα στο σπίτι	11
1. Εγκαύματα	11
1.1 Γενικά στοιχεία	11
1.2 Στοιχεία ανατομία –φυσιολογίας	12
1.3 Σοβαρότητα εγκαύματος	13
1.4 Κλινική εικόνα	14
1.5 Ταξινόμηση εγκαύματος	15
1.6 Νοσηλευτική φροντίδα (γενική) ενός εγκαυματία παιδιού	22
1.7 Προληπτικά μέτρα λοίμωξης	27
1.8 Αξιολόγηση	28
1.9 Αντιμετώπιση εγκαυμάτων	29
α) αντιμετώπιση εγκαυματικού shock	32
β) ανοικτή και κλειστή μέθοδος θεραπείας	33
γ)χειρουργικές μέθοδοι	35
2. Κατάγματα	36
2.1 Γενικά στοιχεία	36
2.2 Στοιχεία ανατομίας και φυσιολογία	36
2.3 Κλινική εικόνα	38
2.4 Χρησιμότητα ανθρώπινου σκελετού	39
2.5 Αντιπροσωπευτικός τύπος κατάγματος	40
2.6 Επιπλοκές καταγμάτων	41

2.7 Εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού	41
2.8 Προβλήματα του παιδιού	43
2.9 Σκοπός φροντίδας	43
2.10 Νοσηλευτική παρέμβαση	44
2.11 Αξιολόγηση κατάστασης παιδιού	45
2.12 Αντιμετώπιση	54

3. Δηλητηριάσεις **59**

3.1 Γενικά στοιχεία	59
3.2 Υπέρβαση δόσης φαρμάκων	60
3.3 Τροφική δηλητηρίαση	66
3.4 Δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα	70
3.5 Αντιμετώπιση	72

4. Κατάποση ξένων σωμάτων **73**

4.1 Γενικά στοιχεία	73
4.2 Εκτίμηση κατάστασης παιδιού	73
4.3 Προβλήματα παιδιού	75
4.4 Σκοποί φροντίδας	75
4.5 Νοσηλευτική παρέμβαση	76
4.6 Αξιολόγηση	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: Ατυχήματα εκτός σπιτιού **79**

1. Τροχαία – Γενικά στοιχεία	79
2. Δήγματα	83
2.1 Γενικά στοιχεία	83
2.2 Εκτίμηση κατάσταση αρρώστου	84
2.3 Προβλήματα παιδιού	86

2.4 Σκοπός φροντίδας	87
2.5 Νοσηλευτική παρέμβαση	87
2.6 Αξιολόγηση	88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III: Αρχές πρόληψης **89**

1. Εγκαύματα	90
2. Κατάγματα	90
3. Δηλητηριάσεις	91
4. Σχολικών ατυχημάτων	92
5. Θάλασσα	96
6. Βουνό	99
7. Τροχαία ατυχήματα	99

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: Ατυχήματα σε βρέφη **105**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων **111**

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ **119**

Στατιστικά δεδομένα	121
Πίνακας	126

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ **128**

Πρόλογος

Το παιχνίδι αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα, ζωτική ανάγκη και θεμελιακή δραστηριότητα του παιδιού. Με το παιχνίδι το παιδί:

- Εκδηλώνει την ενεργητικότητά του
- Ασκεί τη σωματική του δύναμη
- Καλλιεργεί τις αισθήσεις του
- Αναπτύσσει τη φαντασία του
- Αποκτά ευχέρεια και επιδεξιότητα

Το παιδί στο παιχνίδι χειρίζεται τα πράγματα ελεύθερα και αλλοιώνει την πραγματικότητα, με σκοπό να ικανοποιήσει προσωπικές του ανάγκες. Όταν το παιδί παίζει, δεν προσαρμόζεται αυτό στην πραγματικότητα, αλλά η πραγματικότητα στο παιδί. Μέσα από το παιχνίδι δημιουργείται στο παιδί η ανάγκη και η χαρά της ανακάλυψης και της ζωής, η ικανοποίηση της δημιουργικής δύναμης. Μ' αυτό το παιδί «ξεχνιέται», «απορροφάται», δίνει όλον του τον εαυτό. Η ενεργητικότητά του διοχετεύεται στο παιχνίδι είναι δημιουργική και φανταστική, γιατί είναι αυθόρμητη. Το παιχνίδι είναι αναγκαίο για το πνεύμα του παιδιού της προσχολικής ηλικίας, όσο και η τροφή για το σώμα του, είναι η βάση της ζωής του παιδιού.

Εξαιτίας, λοιπόν, αυτής της ξεγνοιασιάς και της χαράς για την ανακάλυψη, το παιδί συχνά οδηγείται σε δυσάρεστες καταστάσεις, με κίνδυνο ακόμα και την ίδια του τη ζωή. Πολλά είναι τα ατυχήματα που γίνονται στα μικρά παιδιά τόσο μέσα στο σπίτι όσο και εκτός σπιτιού, στο δρόμο, στις παιδικές χαρές και αλλού. Το περιβάλλον αποτελεί πηγή συνεχών κινδύνων για το παιδί, γι' αυτό οι γονείς θα πρέπει να προφυλάξουν τα παιδιά τους. Τα παιδιά δεν έχουν την αίσθηση του κινδύνου και δεν γνωρίζουν πώς να προφυλαχτούν.

Εισαγωγή

«Σκοπός της εργασίας μας, μέσα από την εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης, είναι να διερευνήσουμε και να καταγράψουμε το μέγεθος του προβλήματος.»

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

Τα ατυχήματα, αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας των παιδιών και νέων ατόμων. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, τα παιδικά ατυχήματα έχουν πάρει στον τόπο μας διαστάσεις επιδημίας. Παρ' όλα αυτά, η αντιμετώπισή της είναι εφικτή και η επιδημία είναι δυνατόν να τεθεί υπό έλεγχο, όπως έχει δείξει η εμπειρία άλλων χωρών, που έχουν εφαρμόσει επιτυχή προγράμματα πρόληψης.

Οδηγό σημείο πρέπει να αποτελέσει η αλλαγή της διαδεδομένης αντίληψης ότι το ατύχημα αποτελεί κατά κανόνες «τυχαίο» και κατά συνέπεια, αναπόφευκτο γεγονός. Επικρατεί η αντίληψη ότι, αν στη χώρα μας επικρατούσαν οι συνθήκες που υπάρχουν σήμερα στην Ολλανδία ή την Αγγλία, θα μπορούσε να σώζεται ένα στα τρία παιδιά, που πεθαίνουν από ατυχήματα.

Τα μικρά παιδιά και ιδιαίτερα της νηπιακής ηλικίας, ό,τι πέσει στα χέρια τους (λόγω της αμέλειάς τους), το φέρουν κατευθείαν στο στόμα τους, οπότε μπορούν να το καταπιούν ή να το εισπνεύσουν. Τα πιο συνηθισμένα αντικείμενα είναι διάφορα τεμάχια χαρτιού, υφάσματος, μικρών παιχνιδιών, μπαταρίες, κέρματα, κλωστές, καρφίτσες, παραμάνες,

σπίρτα, οδοντογλυφίδες, μολύβια, κοσμήματα, κτλ. Επίσης μπορούν να καταπιούν διάφορα υγρά ή φάρμακα (βενζίνη, πετρέλαιο, υγρά μπαταρίας, χλωρίνη, φάρμακα από αντιβιοτικά μέχρι αντισυλληπτικά). Αυτά τα υγρά είναι επικίνδυνα και προκαλούν σοβαρές δηλητηριάσεις και εγκαύματα που θα αναφερθούν περαιτέρω. Δηλητηριάσεις μπορούν να γίνουν κι από τον αέρα όπως είναι το μονοξείδιο του άνθρακα που βρίσκεται στο φωταέριο (γκάζι) και στην ατελή καύση από μαγκάλια. Η πιο επιρρεπής ηλικία είναι εκείνη των 12 – 36 μηνών. Οι κίνδυνοι όμως, παραμονεύει τόσο εντός όσο και εκτός του σπιτιού. Οι γονείς πρέπει να έχουν υπό συχνή παρακολούθηση τα παιδιά τους, ενώ εκείνα ανέμελα παίζουν στη παιδική χαρά, στη θάλασσα ακόμη και στο βουνό.

Η αυξημένη συχνότητα των ατυχημάτων στην παιδική ηλικία δικαιολογείται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ηλικίας, όπως η αυξημένη περιέργεια, η άγνοια του κινδύνου, η τάση προς επίδειξη, η επιθυμία για την εξασφάλιση επιδοκιμασίας και θαυμασμού, ο φόβος απόδοσης δειλίας κλπ

Ο χαρακτήρας του κάθε παιδιού δύναται επίσης να προσδιορίσει την πιθανότητα ατυχήματος. Παιδιά ζωηρά, απείθαρχα και ορμητικά είναι περισσότερο επιρρεπή προς ατυχήματα. Παιδιά με διαταραχές του χαρακτήρα και επιθετικότητα, το αντίξοο οικογενειακό περιβάλλον, η υπερβολική πειθαρχία ή αντίθετα η μέχρι παραμέλησης υποχωρητικότητα των γονέων και τα μεταξύ τους προβλήματα δημιουργούν επίσης παιδιά επιρρεπή προς τα ατυχήματα.

Τα υποκείμενα αίτια των παιδικών ατυχημάτων διαμορφώνονται με βάση:

- α) το εξελικτικό στάδιο ανάπτυξης του παιδιού
- β) τι είδος των δραστηριοτήτων στις οποίες συμμετέχει και
- γ) την ηλικία των απιδιών

Με βάση την αιτιολογία τους τα ατυχήματα ταξινομούνται σε:

- α) τροχαία ατυχήματα
- β) βία (κακοποίηση, αυτοκτονία)
- γ) πνιγμός

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Ατυχήματα μέσα στο σπίτι

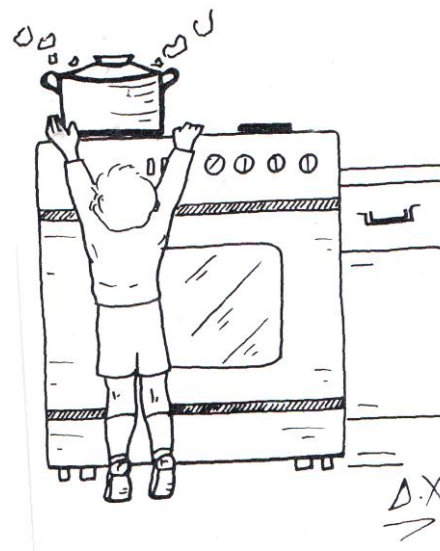
1. Εγκαύματα

1.1. Γενικά στοιχεία

Τα εγκαύματα στα παιδιά είναι συχνό ατύχημα. Αποτελεί το 10-15% των ατυχημάτων. Τα εγκαύματα με υγρό (ζεστό νερό) είναι συχνά στα βρέφη και στα νήπια. Τα εγκαύματα με φωτιά, εκρήξεις (ξηρά εγκαύματα) είναι πιο συχνά στη σχολική ηλικία. (Δημοσθένης Κ,1993)

Πηγές εγκαυμάτων μέσα στο σπίτι είναι οι θερμάστρες (ηλεκτρικές, υγραερίου, με ξύλα, με κάρβουνα), τα τζάκια και τα μαγκάλια. Τα εύφλεκτα υλικά (οινόπνευμα, βενζίνη, πετρέλαιο) όταν είναι σε προσιτό μέρος, αποτελούν παγίδες φωτιάς για τα παιδιά, καθώς και τα σπέρτα ή οι αναπτήρες. Τα παιδιά έχουν την περιέργεια να ανάβουν σπέρτα με το παραμικρό. Η μαγεία της φλόγας τα προσελκύει, η περιέργειά τους, η μίμηση δημιουργεί πολλές φορές δυσάρεστες εκπλήξεις. Οι κατσαρόλες που βράζουν, τα μπρίκια με το ζεστό καφέ, τα τηγάνια στην ηλεκτρική κουζίνα είναι μεγάλοι πειρασμοί για παιδιά που προσπαθούν να φτάσουν και έτσι υπάρχει φόβος να τα ρίξουν επάνω τους με το ζεστό περιεχόμενό τους (νερό, λάδι κτλ.) (εικόνα 1).

Μια άλλη πηγή εγκαυμάτων είναι οι ηλεκτρικές συσκευές όπως είναι το ηλεκτρικό σίδερο,



Εικόνα 1. Συσκευές που βράζουν.

Πηγές εγκαυμάτων στα παιδιά

το πιστολάκι για τα μαλλιά. Τα εγκαύματα είναι τοπικά και γίνονται είτε από απροσεξία είτε από κακοποίηση του παιδιού (abused child). Τοπικά εγκαύματα στα άκρα και στο σώμα των βρεφών και μικρών παιδιών, έχουν παρατηρηθεί σε κακοποιημένα παιδιά από τους γονείς τους σβήνοντας τα τσιγάρα τους στο τρυφερό δέρμα των παιδιών. Οι πυρκαγιές μέσα στο σπίτι δεν είναι σπάνιες και τα εγκαύματα στα παιδιά είναι, συνήθως, εκτεταμένα από την ανάφλεξη των ρούχων κτλ.

Τα εγκαύματα είναι μια σύνθετη κάκωση ιστών από τις βαρύτερες τραυματικές κακώσεις και οφείλεται στην επίδραση θερμοκρασίας. Γι' αυτό δεν πρέπει να θεωρείται και να αντιμετωπίζεται σαν τοπική βλάβη, επειδή αφορά το δέρμα και τους βλενογόνους, αλλά σας εγκαυματική νόσος, που επιδρά στον ψυχοσωματικό οργανισμό του πάσχοντα, προκαλώντας πολύπλοκες παθοφυσιολογικές αλλαγές από όλα τα συστήματα, δηλ. συστηματική νόσος. (Δημοσθένης Κ, 1993)

Τα εγκαύματα συνήθως προκαλούνται από άγνοια, αμέλεια, αδιαφορία στο σπίτι, στη δουλειά, στο χωράφι, στο δάσος. Συνήθως συμβαίνουν σε άτομα εξαρτώμενα, χωρίς επαρκή επίβλεψη, όπως τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι. Το αίτιο είναι πολυσύνθετα:

- Φωτιά ή θέρμανση
- Κάπνισμα και χρήση σπέρτων
- Κακή συντήρηση ηλεκτρικών συσκευών
- Κάψιμο χόρτων και σκουπιδιών
- Κακή χρήση και συντήρηση εύφλεκτων υλικών/ υλών.

1.2. Στοιχεία Ανατομίας – Φυσιολογίας δέρματος

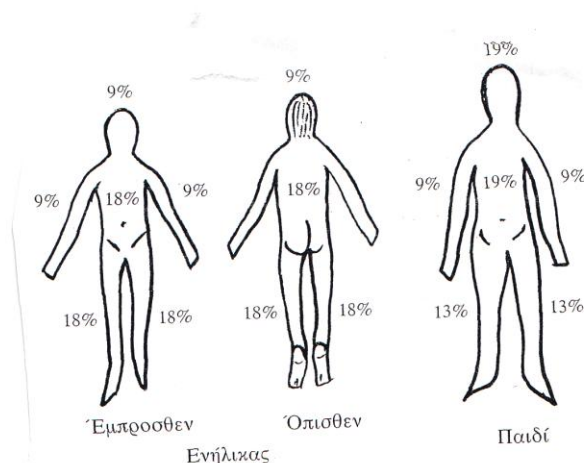
Το δέρμα καλύπτει όλη την επιφάνεια του σώματος. Αποτελείται από τρεις στοιβάδες. Την επιδερμίδα με επιθηλιακά κερατοποιημένα κύτταρα για την προστασία του, στις αλλαγές του περιβάλλοντος. Το χόριο, όπου υπάρχουν αιμοφόρα αγγεία, νεύρα, θύλακες τριψών,

σμηγματογόνοι και ιδρωτοποιοί αδένες. Τον υποδόριο ιστό κάτω από το χόριο. Το δέρμα είναι αισθητήριο όργανο αφής, πόνου, πίεσης, θερμού, ψυχρού. (Πέρος Γ,1987)

1.3. Σοβαρότητα Εγκαύματος

Η σοβαρότητα του εγκαύματος εξαρτάται:

- Το βάθος του εγκαύματος. Εγκαύματα γ' βαθμού είναι πιο σοβαρά από εγκαύματα α' και β' βαθμού.
- Την έκταση της βλάβης. Όσο πιο μεγάλη έκταση καταλαμβάνει το έγκαυμα (άσχετα με το βαθμό), τόσο πιο σοβαρό είναι. Η έκταση υπολογίζεται με τον κανόνα των 9 (εικόνα 2). Στα παιδιά είναι διαφορετική η έκταση απ' ότι στους ενήλικες. (Αθανάτου, Ελευθερία, 2004)



Εικόνα 2. Ο κανόνας των 9. Στα παιδιά ο κορμός είναι 36%, κάτω άκρα 26%, άνω άκρα 18% και κεφάλι 19%

- Την εντόπιση. Εγκαύματα προσώπου, χεριών, ποδιών, περινέον είναι πιο σοβαρά και αφήνουν δύσμορφες ουλές. Εγκαύματα στο πεπτικό (χημικά) ή στο αναπνευστικό (εισπνοές καπνού) είναι πολύ σοβαρά και απαιτούν νοσηλεία σε εξειδικευμένα κέντρα.

- Την ηλικία. Εγκαύματα στα παιδιά (κάτω των 2 ετών) και τους γέροντες (άνω των 60 ετών) είναι πιο σοβαρά γιατί το δέρμα τους είναι λεπτό και το ανοσοποιητικό τους σύστημα ανεπαρκές. (Πέρος Γ,1987)
- Την περιοχή του σώματος. Το δέρμα δεν έχει παντού το ίδιο πάχος. Το δέρμα της πλάτης είναι διπλάσιο από το δέρμα του τραχήλου και πενταπλάσιο από δέρμα του βλεφάρου, και οι βλάβες είναι ανάλογες. (Αθανάτου, Ελευθερία, 2004)
- Από το φύλο. Κάτω από τις ίδιες συνθήκες το προκαλούμενο έγκαυμα είναι βαθύτερο στη γυναίκα απ' ότι στον άνδρα.
- Από τη διάρκεια εκθέσεως. Υψηλή θερμοκρασία σε μικρό χρονικό διάστημα, προκαλεί ελαφρύτερο έγκαυμα απ' ότι η ίδια θερμοκρασία σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

1.4. Κλινική εικόνα

Τα μικρά και επιπόλαια εγκαύματα δεν δημιουργούν ιδιαίτερη κλινική συμπτωματολογία πλην των τοπικών συμπτωμάτων (φαγούρα, κνησμός, τοπικός πόνος). Τα εγκαύματα με έκταση πόνου πάνω από 20% επιφάνειας σώματος (κανόνας 9) στους ενήλικες και πάνω από 10% επιφάνειας στα παιδιά, χρειάζονται νοσοκομειακή νοσηλεία. Συνοπτικά το εκτεταμένο έγκαυμα εξελίσσεται ως εξής:

1 – 3^η μέρα: Οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια (shock).

2 – 7^η μέρα: Διαταραχές ηλεκτρολυτών.

7 – 10^η μέρα: Διαταραχές γαστρεντερικού – Λοιμώξεις

10 – 15^η μέρα: Επιπλοκές από νεφρούς, αναπνευστικό κτλ.

Ο κίνδυνος του θανάτου παραμονεύει σε κάθε στάδιο εξέλιξης του εγκαύματος κυρίως όμως ο θάνατος μπορεί να επέλθει από το εγκαυματικό shock ή το σηπτικό shock, ανεξάρτητα με την έκταση του εγκαύματος.

1.5. Ταξινόμηση εγκαύματος

Ηλεκτρικά εγκαύματα

- Το ένα τέταρτο των ηλεκτρικών εγκαυμάτων οφείλεται σε κεραυνούς, ενώ τα τρία τέταρτα σε ατυχήματα που συμβαίνουν στη βιομηχανία και στο σπίτι. Η έκταση και ο βαθμός της βλάβης, εξαρτώνται από την ένταση του ηλεκτρικού ρεύματος και τη διάρκεια επίδρασης στους ιστούς. Η διαδρομή του ρεύματος μέσα από το ίδιο το σώμα και η σκίαση των σημείων εκροής βοηθούν στον καθορισμό της βαρύτητάς του. Πιο επικίνδυνο είναι το εναλλασσόμενο ρεύμα. (Αθανάτου, Ελευθερία, 2004)

Το ηλεκτρικό έγκαυμα είναι βλάβη των ιστών, συμπεριλαμβανομένου και των ουσιών που εκδηλώνεται με τυπική αλλοίωση η οποία έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- α) απανθρακωμένο μαύρο κέντρο
- β) γκρίζο –άσπρη ενδιάμεση πήξη των ιστών
- γ) έναν εξωτερικό ανοικτού κόκκινου χρώματος δακτύλιο μερικής πήξης. (ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2004)

Οι περιοχές πήξης μπορεί να αυξάνονται για μερικές ημέρες μετά το έγκαυμα, εξαιτίας της προοδευτικής ενδαγγειακής θρόμβωσης. Δευτεροπαθής από την ενδαγγειακή θρόμβωση είναι η ισχαιμική νέκρωση. Εξάλλου, ώρες ή και ημέρες μετά τη βλάβη, μπορεί να συμβεί αιμορραγία εξαιτίας ρήξης των αρτηριών. Τα αγγεία είναι εύθραυστα και η αιμορραγία ελέγχεται πολύ δύσκολα. Η ηλεκτρική αλλοίωση οστού προκαλεί οίδημα, βαθμιαίο διαχωρισμό και παροχέτευση των νεκρωμένων περιοχών. Οι νευρολογικές εκδηλώσεις μπορεί να κυμαίνονται από πόνο και παράλυση μυών, μέχρι αφασία και παρεγκεφαλιδική δυσλειτουργία. Δεν είναι ασυνήθεις και οι σπασμοί.

Τέλος, μπορεί να εκδηλωθεί και μετατραυματική νεύρωση. .(ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2004)

α) Εκτίμηση κατάστασης αρρώστου

1. Ιστορικό υγείας

- α) περιγραφή γεγονότων πρόκλησης ατυχήματος.
- β) τάση ρεύματος, χρόνος επίδρασης και τύπος ηλεκτρικού ρεύματος
- γ) Προηγούμενο ιστορικό υγείας
- δ) Σχέση ατυχήματος με εργασία
- ε) Σημείωση αν το παιδί έχασε τις αισθήσεις του και για πόσο χρόνο.

2. Εκτίμηση φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς

- α) Μαζική καταστροφή υποδόριου ιστού, περιτονίας και συνδετικού ιστού κατά τη διαδρομή ροής του ρεύματος.
- β) Δερματικά τραύματα, χαρακτηριστικά τοπικής αλλοίωσης.
- γ) Οποιαδήποτε δευτεροπαθή αποτελέσματα στην καρδιά, τους αναπνευστικούς μυς, κτλ.
- δ) Παροχέτευση: ποσότητα και σύνθεση.
- στ) Ναυτία, έμετοι, παραλυτικός ειλεός.
- ζ) σπασμοί
- η) Σημεία εσωτερικής αιμορραγίας και διάτρηση ενδοκοιλιακών οργάνων.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- α) Εργαστηριακές εξετάσεις ελέγχου των οργάνων που βρέθηκαν στη πορεία του ρεύματος.
- β) Γενική ούρων, μυοσφαιρίνης και αιμοσφαιρίνη ούρων.
- γ) Ηλεκτροκαρδιογράφημα (Η.Κ.Γ.)

δ) Κάλιο ορού. (ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2004)

β) Προβλήματα παιδιού

1. Υποξία, ανοξία ιστών (καρδιακές αρρυθμίες, παράλυση αναπνευστικών μυών, αναπνευστική ανακοπή, ενδειαγγειακή θρόμβωση, αιμορραγία, shock).
2. Διαταραχή νερού και ηλεκτρολυτών (εξίδρωμα, καταστροφή κυττάρων).
3. Οξεοβασική διαταραχή (υποξία ιστών, υπερκαλιαιμία)
4. Περιορισμός δραστηριοτήτων (συνοδές βλάβες: κατάγματα εξarthρήματα και κινητικές διαταραχές)
5. Υπολειμματική ανικανότητα
6. Κίνδυνοι εξαιτίας σπασμών.
7. Πόνος, αγωνία
8. Αλλαγή σωματικού ειδώλου
9. Ψυχονευρωτικές διαταραχές
- 10.Οικονομικά προβλήματα

γ) Σκοπός φροντίδας

Γενικά

Η αντιμετώπιση του προβλήματος «έγκαυμα» έχει τέσσερις αντικειμενικούς σκοπούς:

- Την πρόληψη του εγκαύματος
- Τη λήψη μέτρων, ώστε ο άρρωστος με εκτεταμένα εγκαύματα να διαφύγει τον κίνδυνο.

- Τη έγκαιρη εφαρμογή εξατομικευμένης θεραπείας και νοσηλευτικής φροντίδας, ώστε να προληφθούν οι αναπηρίες και οι παραμορφώσεις.
- Την αποκατάσταση του εγκαύματος.

Συγκεκριμένα στο ηλεκτρικό έγκαυμα, η φροντίδα αποσκοπεί:

- Ανάταξη των ζωτικών λειτουργιών του καρδιοαναπνευστικού συστήματος.
- Αποκατάσταση σωματικού υγρού και οξεοβασικής ισορροπίας.
- Πρόληψη παραπέρα βλάβης και επιπλοκών.
- Ετοιμασία αρρώστου για αφαίρεση νεκρωμένων ιστών και για χειρουργική επιδιόρθωση.
- Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης με αναφορά σε ψυχοκοινωνικό προσωπικό ή προσωπικό κοινοτικής υγείας.

δ) Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και καλού αερισμού
2. Φλεβωκένωση για χορήγηση υγρών και φαρμάκων
3. Μόνιμος καθετήρας , σύνδεση με κλειστό σύστημα. Κύκλωμα παροχέτευσης
4. Διατήρηση PH ούρων κατά την περίοδο της μεγάλης αποβολής Ηρ και μυοσοραιρίνης . προσοχή για ουρολοιμώξεις
5. Αντιμετώπισης οξέωσης
6. Αντιμετώπιση σπασμών
7. Ετοιμασία αρρώστου για χειρουργική επέμβαση/ παρέμβαση
8. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης με διαπίστωση και προσπάθεια λύσης όλων των ψυχολογικών κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων του παιδιού

9. Αντιμετώπιση συνοδών κακώσεων (κατάγματα εξαρθήματα αλλά τραύματα)

ε) Αξιολόγηση

A. Συνεχής στενή παρακολούθηση για διαπίστωση όψιμης μαζικής ιστικής νέκρωσης

B. Συνεχής εκτίμηση λειτουργίας οργάνων η δυσλειτουργία μπορεί να επιβραδύνει την ανάρρωση

Γ. Επανεκτίμηση συγκινησιακή κατάσταση του αρρώστου και των μελών της οικογένειάς του.

Χημικά εγκαύματα

Τα χημικά εγκαύματα προκαλούνται εξαιτίας εκροής των ιστών με ισχυρά οξέα, αλκάλια ή καυστικά μέταλλα. Τα αλκάλια είναι πιο επικίνδυνα από τα οξέα συνηθισμένα σε βιομηχανίες παραγωγής λιπασμάτων, ενιομονιανων κλπ , όπου χρησιμοποιούνται καυστικά. Στα σχολεία μπορεί να συμβούν στα εργαστήρια χημείας ενώ στο σπίτι από διάφορα καθαριστικά μέσα (χλωρίνη κτλ). Τα εγκαύματα πίσσας είναι συνδυασμός χημικών και θερμικών εγκαυμάτων και συμβαίνουν κατά την κατασκευή δρόμων , κτλ

α) εκτίμηση κατάστασης παιδιού.(ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2004)

1. Ιστορικό υγείας

α. τύπος χημικής ουσίας που προκάλεσε τη βλάβη

β. Φροντίδα που δόθηκε μετά το έγκαυμα

γ. Σημείωση αν το ατύχημα έχει σχέση με την εργασία

δ. Παρελθόν ιστορικό υγείας

ε. Κατάσταση ανοσίας έναντι του τετάνου

2. Εκτίμηση φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς
 - α. Ερυθρότητα, ερύθημα, έντονο αποχρωματισμός
 - β. Οίδημα και τοπική υπεραιμία
 - γ. πόνος και υπερευαισθησία
 - δ. Ρήξη δέρματος και συνέπεια απώλεια ιστικού υγρού
3. Διαγνωστικές εξετάσεις ανάλογα με την έκταση τη βλάβης

β) Προβλήματα του παιδιού (Αθανάτου, Ελευθερία, 2004)

1. Κίνδυνοι επιπλοκών από την καταστροφή του δέρματος (σήψη, απώλεια υγρού)
2. Μείωση άνεσης (πόνος, υπερευαισθησία ιστών)
3. Μείωση δραστηριοτήτων (μείωση κινητικότητας του μέλους)
4. Πόνος αγωνία
5. Μεταβολή σωματικού ειδώλου
6. Οικονομικές επιπτώσεις (έκταση βλάβης, χρόνος απομάκρυνση από την εργασία)

γ) Σκοποί φροντίδας

1. Εξουδετέρωση του καυστικού μέσου που προκάλεσε το έγκαυμα
2. Μείωση κινδύνων σήψης
3. Αποκατάσταση ισοζυγίου ιστών
4. Μείωση πόνου και προαγωγή άνεσης
- 5) Συγκινησιακή υποστήριξη αρρώστου κα μελών της οικογένειας του.

δ) Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Πλύση περιοχής με άφθονο νερό, για πολύ ώρα..

2. Έλεγχος ανησυχίας και πόνου με χορήγηση διαζεπάμης 1-5mg ενδοφλέβια ή 2-5mg από το στόμα ή ενδομυϊκά και υδροχλωρικής μεπεριδίνης 60-100mg ενδομυϊκά ή θετικής μορφίνης 1-5mg ενδοφλέβια, αντίστοιχα.
 3. Εγκαύματα πίσσας: Πλύση με σαπούνι και άφθονο νερό, ή, αν ενδύκνεται, εφαρμογή πυκνής πετρελαίου για μαλάκωμα της πίσσας.
 4. Αφαίρεση μικρών περιοχών πίσσας με διάφορα διαλυτικά, όπως αιθέρας ή ορυκτό λάδι. Ένα μέρος της πίσσας μπορεί να αφαιρεθεί με ψύξη της με πάγο ή χλωριούχο αιθύλιο και στη συνέχεια με προσεκτική απομάκρυνση.
 5. Ετοιμασία για εισαγωγή στο νοσοκομείο, όταν υπάρχει υπόνοια προοδευτικής καταστροφής των ιστών.
 6. Διδασκαλία αρρώστου για μέτρα μείωσης χημικών εγκαυμάτων.
- Αναφορά σε κοινοτικές υπηρεσίες, αν είναι απαραίτητη η παρακολούθηση στο σπίτι.

Στα θερμά εγκαύματα η επίδραση της θερμότητας μπορεί να είναι ξηρά (φλόγα, καυτό σίδερο, τσιγάρο, καυτό αντικείμενο) ή υγρά (βραστό νερό, βραστό λάδι, βραστό φαγητό, ατμοί κτλ.). Τα ξηρά εγκαύματα είναι πιο βαριά και θεραπεύονται δυσκολότερα από τα υγρά εγκαύματα. Θερμικά εγκαύματα (επίδραση θερμότητας, φλόγας, υγρών, ατμών κτλ.)

Τα ακτινικά εγκαύματα προκαλούνται με την επίδραση:

- α) ιονίζουσας ακτινοβολίας (ραδιενέργεια), που προέρχεται από ατυχήματα σε ατομικά εργαστήρια ή ατομική έκρηξη.
- β) Ηλιακής ακτινοβολίας. Είναι γεγονός ότι ο ήλιος είναι πηγή ζωής. Έχει μικροβιοκτόνες ιδιότητες, μετατρέπει την προβιταμίνη D σε βιταμίνη D, δυναμώνει την όραση και το σπουδαιότερο προκαλεί ευφορία και αισιοδοξία. Η αλόγιστη όμως έκθεση στα «χάδια» του ηλίου

επιφέρει βλάβη στο ανθρώπινο δέρμα (εγκαύματα, καρκίνο, γήρανση). Η ηλιακή ακτινοβολία αποτελείται από υπέρυθρες, υπεριώδεις και ορατές ακτίνες. Ανάλογα με το μήκος κύματός τους, οι υπεριώδεις ακτίνες διακρίνονται σε Α και Β (UVB, UVA)

Η ακτινοβολία UVA ευθύνεται για τα εγκαύματα του δέρματος αλλά και για τον καρκίνο. Το δέρμα αμύνεται στην ηλιακή ακτινοβολία κατ' αρχήν με το «μαύρισμα» και στη συνέχεια, εφ' όσον η δράση της ακτινοβολίας συνεχίζεται, με τη δημιουργία ηλιακού εγκαύματος. Συνήθως είναι α' βαθμού (κοκκίνισμα) ή β' βαθμού (φυσαλίδες). Όταν το έγκαυμα θεραπευτεί αφήνει απολέπιση του δέρματος. (Αθανάτου, Ελευθερία, 2004)

Ο ήλιος είναι αναγκαίος και ενεργητικός για τη ζωή, των ανθρώπων αλλά στα μικρά παιδιά μπορεί να προκαλέσει (σοβαρά) εγκαύματα, συνήθως πρώτου βαθμού, ηλίαση, θερμοπληξία. Επίσης, πυρετό 39°C – 40°C, σπασμούς, αφυδάτωση. Παιδιά που κάθονται ή παίζουν πολλές ώρες στον ήλιο μπορούν να πάθουν ηλίαση (πονοκέφαλος, ακαμψία τραχήλου, πυρετό, υπερθεμία, εξάκληση).

1.6. Νοσηλευτική φροντίδα (γενική) για ένα παιδί εγκαυματία

Εκτίμηση της κατάστασης του εγκαυματία

(α) Στον τόπο του ατυχήματος

Η πρώτη προτεραιότητα για το εγκαυματικό θύμα στον τόπο του ατυχήματος είναι να σταματήσει η εγκαυματική διαδικασία και κατόπιν να εκτιμηθούν:

- Ο αεραγωγός = Είναι βατός ή είναι αποφραγμένος από τη γλώσσα, ένα ξένο σώμα ή λαρυγγικό οίδημα;
- Αναπνοή = Είναι εύκολη, το παιδί αγωνίζεται ή δυσκολεύεται να αναπνεύσει, είναι αναπνοές κανονικές και πλήρεις ή είναι

επιπόλαιες και ανώμαλες, συχνές ή αραιές; Εισπνεύστηκαν φλόγες ή ζεστά αέρια; Υπάρχει επίμονος συριγμός;

- Κυκλοφορία: Υπάρχει αιμορραγία; Υπάρχει σφυγμός; Ποια είναι η συχνότητα και η ποσότητά του;
- Άλλες μεγάλες κακώσεις.

(β) Στο τμήμα επειγουσών καταστάσεων

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

Η εκτίμηση αυτή περιλαμβάνει:

- Περιγραφή πηγής ενέργειας που προκάλεσε το έγκαυμα.
- Χρόνος έκθεσης σ' αυτή.
- Πότε και σε τι χώρο συνέβη το ατύχημα.
- Περιγραφή των γεγονότων που έχουν σχέση με το ατύχημα.
- Δημιουργία στο χώρο του ατυχήματος τυχόν βλαβερών αερίων, τα οποία εισέπνευσε το παιδί.
- Άλλη, εκτός από το έγκαυμα, βλάβη (π.χ. κάταγμα)
- Εξακρίβωση, αν ο ασθενής πήρε κάποιο φάρμακο για το έγκαυμα προτού μεταφερθεί στο τμήμα επειγουσών και αν του έγινε αντιτετανικός ορός.
- Διευκρίνιση αν του δόθηκε πρώτη βοήθεια και ποια στον τόπο του ατυχήματος.
- Εξακρίβωση αν ο ασθενής παίρνει άλλα φάρμακα και αν παρουσίασε ποτέ αλλεργία σε κάποιο φάρμακο.

- Εξακρίβωση, αν ο ασθενής πάσχει από άλλο νόσημα, όπως καρδιοπάθεια, νεφροπάθεια ή διαβήτη, που χρειάζεται ταυτόχρονη με το έγκαυμα θεραπεία. Ακόμα, ύπαρξη φυσικής νόσου, αλκοολισμού ή επιληψίας. (ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2004)
- Ηλικία και προεγκαυματικό βάρος του σώματος.
- Περιγραφή όψης εγκαυματικής επιφάνειας, εκτίμηση βαθμού εγκαύματος, ερύθημα, φυσαλίδες, πηκτική νέκρωση, βαθμός οιδήματος.
- Βαθμός πόνου και αισθητικότητας, κινητικότητα μελών.
- Υπολογισμός έκτασης εγκαυματικής επιφάνειας.
- Σημεία από το αναπνευστικό (ρόγχος, βήχας, πτύελα, δύσπνοια), κομμένες τρίχες, μύτης.
- Ψυχική κατάσταση του αρρώστου.
- Αποστολή στο εργαστήριο δειγμάτων ούρων για αιματοκρίτη και κυλίνδρους.
- Αίμα για αιμοσφαιρίνη, αιματοκρίτη, ηλεκτρολύτες, ουρία, κρεατινίνη, λευκωματίνη, σφαιρίνη, σάκχαρο, χολερυθρίνη, αλκαλική φωσφατάση, ασβέστιο και φώσφορο.
- Αέρια αρτηριακού αίματος (ABG's).
- Ομάδα και διασταύρωση αίματος.

Αντικειμενικοί σκοποί

- α)** Διακοπή εγκαυματικής διεργασίας
- β)** Εξασφάλιση ελεύθερου αεραγωγού
- γ)** Μείωση πόνου
- δ)** Ελάττωση μετακίνησης και απωλειών υγρών
- ε)** Πρόληψη ειλεού.
- στ)** αποφυγή μόλυνσης

- ζ) Αποφυγή πρόκλησης περισσότερης βλάβης των ιστών.
- η) Πρόληψη και έναρξη αντι – shock βλάβης θεραπείας.
- θ) Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης για τον άρρωστο και την οικογένειά του.

Παρέμβαση

1. Στον τόπο του ατυχήματος

- Γρήγορη τοποθέτηση του θύματος σε πρινή θέση, για μείωση πιθανότητας βαρέος εγκαύματος στο πρόσωπο και εισπνευστικής βλάβης από φλόγες.
- Χρησιμοποίηση οποιαδήποτε μορφής νερού για σβήσιμο της φλόγας.
- Εκτέλεση καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης αν είναι ανάγκη.
- Έκπλυση της εγκαυματικής επιφάνειας με άφθονο νερό. Αν αυτό γίνει μέσα σε 10 mm
 - Μπορεί να σταματήσει την εγκαυματική διεργασία στους ιστούς.
 - Να ελαττώσει το βάθος της βλάβης.
 - Μειώσει του πόνου.

Μετά από 10min η θερμοκρασία των ιστών πέφτει μόνη της, εξαιτίας απώλειας θερμότητας στο περιβάλλον. Η παρατεταμένη έκθεση του εγκαυματία σε ψυχρά επιθέματα μπορεί να προκαλέσει βαριά υποθερμία, σε απακόλουθο shock και θανατηφόρες καρδιακές αρρυθμίες.

- Αφαίρεση των υγρών ενδυμάτων του θύματος και κάλυψή του με καθαρά σεντόνια ή κουβέρτες. (ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2004)

- Κόψιμο ή σχίσιμο γύρω από κάθε μέρος ενδύματος που είναι κολλημένο πάνω σε εγκαυματική επιφάνεια. Αποφεύγεται κάθε προσπάθεια αποκόλλησής του.
- Αφαίρεση κάθε σφυγμού ενδύματος και κοσμημάτων.

Μετά την παροχή των πρώτων βοηθειών στον τόπο του ατυχήματος, το θύμα μεταφέρεται στο πλησιέστερο νοσοκομείο, κατά προτίμηση με εγκαυματική μονάδα, αν το έγκαυμα είναι βαρύ. Αν ο χρόνος μεταφοράς υπολογίζεται να είναι κάτω από 10min, δεν καταναλώνεται πολύτιμος χρόνος σε προσπάθεια εγκατάστασης ενδοφλέβιας γραμμής. Αυτή η παρέμβαση περιορίζεται σε αρρώστους που έχουν άμεσες, απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές. Υγρά δεν δίνονται από το στόμα λόγω του κινδύνου εμετού και εισρόφησης κατά την μεταφορά. Δεν δίνονται παυσίπονα, γιατί μπορούν να εμποδίσουν, τις μετέπειτα εκτίμησης της διανοητικής κατάστασης.

2. Στο τμήμα επειγουσών καταστάσεων

- Εισαγωγή ενδοτραχειακού σωλήνα και διατήρηση αναπνευστικής υποστήριξης για όλα τα εγκαύματα που εντοπίζονται στο πρόσωπο, στο λαιμό ή το κεφάλι, τα μαζικά εγκαύματα του κορμού και τα εγκαύματα που συνέβησαν σε κλειστό χώρο.
- Χορήγηση οξυγόνου υψηλής πυκνότητας.
- Χορήγηση υγρών με βάση υπολογισμό που στηρίζεται στην εγκαυματική επιφάνεια και το προεγκαυματικό βάρος σώματος.
- Εφαρμογή μόνιμου καθετήρα και σύνδεσή του με κλειστό σύστημα παροχέτευσης.
- Προφύλαξη από τέτανο (0,5mL) ανατοξίνης τετάνου ή ανθρώπινη ανοσοποιητική σφαιρίνη, με βάση το βάρος του σώματος).

- Χορήγηση αναλγητικών (4mg μορφίνη Ε.Φ. ή μεπεριδίνη 20mg- η μορφίνη να μην υπερβεί τα 14mg σε περίοδο 3-4 ωρών).
- Αφαίρεση των κοσμημάτων όλων προτού σχηματιστεί το οίδημα.
- Αφαίρεση χαλαρών ενδυμάτων, για να μην κολλήσουν στην εγκαυματική επιφάνεια. Αποφυγή αποκόλλησης ενδυμάτων από εγκαυματική επιφάνεια.
- Πλύσιμο εγκαυματικής επιφάνειας με άφθονο νερό, ψυχρό και αποστειρωμένο, ή διάλυμα NaCl ή ιωδοφόρο σαπουνί.
- Απομάκρυνση πύσσας από την εγκαυματική επιφάνεια με χρησιμοποίηση ορυκτών λαδιών.
- Αφαίρεση νεκρωμένων ιστών και εφαρμογή αλοιφών ή κρεμών.
- Επίδεση και τοποθέτηση νάρθηκα στα καμμένα σκέλη, εκτός από τα χέρια.
- Στα επιφανειακά εγκαύματα, μείωση βλάβης και πόνου με τοποθέτηση της επιφάνειας σε ψυχρό διάλυμα NaCl ή με εφαρμογή ψυχρών/ κομπρεσών για 20min.
- Αν το παιδί δεν κάνει εμετό, χορήγηση από το στόμα διαλύματος NaCl, νερού με ζάχαρη, χυμών φρούτων.
- Αν έχει εμέτους, εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα.
- Διατήρηση θερμοκρασίας του σώματος με κάλυψη του με αποστειρωμένο σεντόνι και ελαφρά ζεστή κουβέρτα.

1.7. Προληπτικά μέτρα Λοιμώξεων

α) Τήρηση αυστηρώς άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές (χρήση γαντιών, μάσκας, μπλούζας), αποστειρωμένα σεντόνια, ημισέντονα

β) Καθαρό περιβάλλον, απαλλαγμένο από παθογόνους μικροοργανισμούς. Ξεσκόνισμα με υγρό πανί.

γ) Μοναχικό δωμάτιο, αν υπάρχει δυνατότητα, εκτός αν νοσηλεύεται σε μονάδα εγκαυμάτων.

δ) Υγιεινή σώματος, λουτρό καθαριότητας, κοπή νυχιών, αποτρίχωση αν είναι κοντά στην εγκαυματική επιφάνεια για προληπτικούς λόγους.

ε) Διατήρηση της καλής θρέψης του παιδιού, για την ενίσχυση της άμυνάς του.

ζ) Χορήγηση της καθορισμένης αντιβίωσης και άλλων φαρμάκων.

η) Περιορισμός επισκεπτηρίου. Αποφυγή ατόμων με αναπνευστικές λοιμώξεις.

θ) Συχνές καλλιέργειες από διάφορα σημεία των εγκαυματικών επιφανειών και αντιβιογράμμα για την ανάλογη αντιμετώπιση.

1.8. Αξιολόγηση

Το πρόγραμμα αποκατάστασης περιλαμβάνει:

- 1) Την κινησιοθεραπεία με σκοπό την αποκατάσταση της κινητικότητας των αρθρώσεων, την πρόληψη των παραμορφώσεων, την διάταση των ρικτυθέντων μυών και την αύξηση της μυϊκής ισχύος.
- 2) Την αναπνευστική φυσιοθεραπεία, ιδιαίτερα σε κλινήρεις και ηλικιωμένους σε εγκαύματα των ανωτέρω αναπνευστικών οδών ή σε άτομα με αναπνευστικές αποθήσεις, με σκοπό τον καλό αερισμό των πνευμόνων, και τη διευκόλυνση της παροχέτευσης των βρογχικών εκκρίσεων.

1.9. Αντιμετώπιση εγκαυμάτων

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από το βάθος, την έκταση, την εκτόπιση και τύπο εγκαύματος

A. Αντιμετώπιση επιφανειακών εγκαυμάτων (ελαφρά)

Αυτά είναι συνήθως ελαφρά εγκαύματα πρώτον και δεύτερον βαθμού. Δεν ξεπερνούν το 10 – 15% επιφάνειας του σώματος και δεν χρειάζονται νοσοκομειακή περίθαλψη. Αντιμετωπίζονται ως εξωτερικοί οι ασθενείς στο σπίτι. Στις περιπτώσεις αυτές συνιστώνται:

- 1) Πλύση με κρύο νερό ή βύθισμα για αρκετή ώρα και μετά ξέπλυμα με φυσιολογικό ορό. Σε χημικά εγκαύματα το πλύσιμο παρατείνεται με άφθονο νερό για την ταχύτερη απομάκρυνση της ουσίας.
- 2) Απομάκρυνση των μολυσμένων από τη χημική ουσία ενδυμάτων του πάσχοντος.
- 3) Αφαίρεση ή παρακέντηση των φυσαλίδων, όταν υπάρχουν, με άσηπτη τεχνική.
- 4) Κάλυψη της εγκαυματικής επιφάνειας με βαζελινούχες γάζες ή σχετική αλοιφή και χαλαρή επίδεση.
- 5) Αλλαγή του επιδεσμικού υλικού καθημερινά και πλύσιμο της τραυματικής επιφάνειας με νερό και ουδέτερο σαπούνι.
- 6) Καλή καθαριότητα της γύρω περιοχής. Προσοχή να μην επιμολυνθεί, διότι θα καθυστερήσει η επούλωση και θα αφήσει ουλή.
- 7) Τα εγκαύματα μέσω βαρύτητας, όπως 2^{ου} βαθμού 15-20% επιφάνειας σώματος και 3^{ου} βαθμού μικρότερα των 10% μπορεί να νοσηλευτούν σε νοσηλευτικά τμήματα. Βαρύτερα, όπως είναι του 2^{ου} βαθμού πάνω από 25%, 3^{ου} βαθμού πάνω από 10% του προσώπου, άκρων και περινέου, εγκαύματα με επιπλοκές και ηλεκτρικά εγκαύματα θα πρέπει να νοσηλεύονται σε μονάδες εγκαυμάτων.

Οι μονάδες εγκαυμάτων είναι πλήρως εξοπλισμένες για την άμεση και τη σωστή αντιμετώπιση των εγκαυμάτων. Τα τελευταία χρόνια άρχισαν να λειτουργούν σε μερικά νοσοκομεία και στη χώρα μας.

B. Αντιμετώπιση εγκαυμάτων εκτάσεων πάνω από 20 – 25% (βαριά)

α) Γενική αντιμετώπιση. Αυτή περιλαμβάνει:

- Τις άμεσες ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις
- Την αντιμετώπιση του shock και τις επιπλοκές
- Την παρακολούθηση και την νοσηλευτική φροντίδα του πάσχοντα.

β) Τοπική αντιμετώπιση εγκαύματος

Προέχει η ανάταξη του shock, ακολουθεί ο καθαρισμός του εγκαύματος, η αφαίρεση των κρουστών και η επιλογή μεθόδου θεραπείας. Κατά την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο, αφαιρούνται τα ενδύματά του με προσοχή και περίσκεψη σε περιπτώσεις που είναι κολλημένα στο δέρμα. Καθαρίζονται οι εγκαυματικές επιφάνειες με άσηπτη τεχνική. Γίνεται έκπλυση με φυσιολογικό ορό και απομακρύνονται οι νεκρωμένοι ιστοί. Παρακεντούνται ή αφαιρούνται οι φυσαλίδες. Τα χημικά εγκαύματα απαιτούν καθαρισμό με άφθονο νερό ή εξουδετερωτικό διάλυμα της χημικής ουσίας. Ακολουθεί έλεγχος της αιμάτωσης των άκρων με ψηλάφηση των αρτηριών ή με τη μέθοδο Doppler. Σε εκτεταμένο οίδημα με κακή αιμάτωση που συνεχώς επιδεινώνεται μπορεί να γίνει εσχατοτομή. Στη συνέχεια επιλέγεται η μέθοδος θεραπείας που θα ακολουθηθεί.

Ο νοσηλευτής από την άφιξη του εγκαυματία στο τμήμα εισαγωγής συνεργάζεται άμεσα με το γιατρό, συντονίζει και διεκπεραιώνει με ταχύτητα και επιδεξιότητα τις νοσηλείες και την όλη φροντίδα του πάσχοντα. Παρακάτω σημειώνονται οι ενέργειες κατά σειρά προτεραιότητας, χωρίς αυτό να είναι πάντα απόλυτο. Διαφοροποιούνται ανάλογα με την περίπτωση και τις ανάγκες του παιδιού. Συχνά μερικές νοσηλείες γίνονται συγχρόνως, προηγούνται ή ακολουθούν.

Γενική αντιμετώπιση:

- 1.** Έλεγχος αναπνευστικών οδών, για εξασφάλιση καλής οξυγόνωσης των πνευμόνων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, κακώσεις θώρακα, εισπνευστικά εγκαύματα, γίνεται διασωλήνωση. Τραχειοτομία σε ειδικές περιπτώσεις π.χ. όταν είναι αδύνατη η διασωλήνωση λόγω οιδήματος λάρυγγα ή άλλων κακώσεων.
- 2.** Θέση shock για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.
- 3.** Λήψη σύντομου ιστορικού, από τους συγγενείς, για την αιτία και την προηγούμενη κατάσταση της υγείας του π.χ. διαβητικό, για να ληφθούν υπόψη στην αντιμετώπιση.
- 4.** Λήψη, εκτίμηση και καταγραφή των γενικών σημείων.
- 5.** Εφαρμογή φλεβικών γραμμών για χορήγηση υγρών και κεντρική φλεβική πίεσης (Κ.Φ.Π.). Προτιμώνται μεγάλες φλέβες (υποκλείδια, μηριαία) για να είναι δυνατή η μεγάλη χορήγηση ποσοτήτων υγρών. Προσοχή χρειάζεται στη φλεβοκέντηση να μην περνάει η φλέβα από εγκαυματική επιφάνεια για την πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας.
- 6.** Αιμοληψία για καθορισμό ομάδας αίματος και διασταύρωση αίματος, ηλεκτρολυτών αιματοκρίνη, αερίων αίματος.
- 7.** Εκτίμηση της εγκαυματικής επιφάνειας, υπολογισμός ποσότητα και είδους υγρών και έναρξή τους.
- 8.** Έλεγχος επιπέδου συνείδησης του πάσχοντα.
- 9.** Αντιμετώπιση του πόνου. Ο πόνος είναι αντιστρόφως ανάλογος με το βάθος του εγκαύματος, διότι στα ολικού πάχους καταστρέφονται οι νευρικές απολήξεις. Συμβάλλει στη δημιουργία του shock.
- 10.** Εφαρμογή καθετήρα κύστης, για την ακριβή μέτρηση ούρων και ειδικού βάρους .
- 11.** Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα (Levin) για την πρόληψη των εμετών ή για διατροφής όταν υπάρχουν εγκαύματα προσώπου,

τραχήλου ή εσωτερικά που είναι αδύνατη η διατροφή από το στόμα.

12. Αντιμετώπιση της δίψας του πάσχοντα που λόγω απώλειας υγρών είναι έντονη. Χορήγηση από το στόμα, όταν είναι σε θέση να πάρει. Τις πρώτες ώρες δεν διαταράσσεται η απορροφητικότητα του στομάχου και του εντέρου, από τη λήψη υγρών.

13. Αντιτετανική προφυλακτική αγωγή. Είναι απαραίτητη, διότι όλα τα εγκαύματα θεωρούνται μολυσμένα. Αντιβίωση προληπτικά

14. Εξασφάλιση θερμού περιβάλλοντος. Διατήρηση του αρρώστου ζεστού, για την πρόληψη απώλειας θερμαντικού. Το ρίγος επιβαρύνει σημαντικά την κυκλοφορία του αίματος και αυξάνει τις ανάγκες σε οξυγόνο. Όχι υπερθέρμανση, διότι θα προκληθεί εφίδρωση υγρών και ηλεκτρολυτών.

α) Αντιμετώπιση εγκαυματικού shock

Η αντιμετώπιση του shock αρχίζει συγχρόνως με τις πρώτες άμεσες ενέργειες και συνεχίζεται μέχρι την αποκατάσταση των παθοφυσιολογικών διαταραχών. Περιλαμβάνει:

Έναρξη χορήγησης υγρών. Συνήθη διάλυμα είναι Ringer's Lactate, καλλοειδή όπως πλάσμα ή δεξτράνη – υποκατάστατο του πλάσματος – ανθρώπινη λευκωματίνη ή άλλα ισοτονικά διαλύματα. Η ποσότητα των χορηγούμενων υγρών, εξαρτάται από την ένταση και το βάθος του εγκαύματος. Ο ρυθμός ροής αρχικά είναι ταχύς και κατόπιν επιβραδύνεται, διότι η μεγαλύτερη απώλεια υγρών παρατηρείται τις πρώτες 12 ώρες και στη συνέχεια μειώνεται. Ολικό αίμα συνήθως χορηγείται όταν διαπιστωθεί χαμηλός αιματοκρίτης, όχι στην αρχή που υπάρχει συμπύκνωση. Υπάρχουν διάφορα σχήματα χορήγησης υγρών. Διαφέρουν μεταξύ τους στην ποσότητα και ποιότητα. Η

χορήγησή τους εξατομικεύεται ανάλογα με την περίπτωση. Κυρίως βασίζεται στην προοδευτική μείωση του αιματοκρίτη, τη διόρθωση ή μη της Κ.Φ.Π., τη διατήρηση της ωριαίας διούρησης σε 50 – 70ml περίπου και την πτώση του ειδικού βάρους των ούρων.

Αντιμετώπιση του πόνου με συστηματική ενδοφλέβια χορήγηση παυσίπονων τύπου πεθιδίνης, μορφίνης.

Διόρθωση της μεταβολικής οξέωσης με Ringer's Lactate με διτανθρακικό νάτριο.

Αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας, υπονατριάμιας και του αρνητικού ισοζυγίου του αζώτου.

Κάλυψη των θερμιδικών αναγκών με βαρύτητα στην ποιοτική σύνθεση της δίαιτας. Αναγκαία θεωρείται η περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες περίπου 45 – 55% του ολικού ποσού των θερμίδων. Για περιπτώσεις που είναι αδύνατος η από του στόματος σίτιση, υπάρχουν στο εμπόριο ειδικές τροφές υγρής σύστασης με υψηλή περιεκτικότητα πρωτεϊνών και θερμίδων.

β) Ανοικτή και κλειστή μέθοδος θεραπείας

Ανοικτή μέθοδος: Συνήθως γίνεται σε περιοχές που δεν είναι ανοικτή η περίδεση, όπως πρόσωπο, λαιμός, περίνεο, κορμός ή εγκαύματα ολικού πάχους. Οι εγκαυματικές επιφάνειες παραμένουν αναλλοίωτες, ελεύθερες στον ατμοσφαιρικό αέρα, ξηραίνοντας και σχηματίζοντας εσχάρες(κρούστες). Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται απομόνωση του αρρώστου με σταθερή θερμοκρασία περιβάλλοντος 28 – 32° (η νοσηλεία με άσηπτη τεχνική για την πρόληψη μόλυνσης, και άλλο υλικό αποστειρωμένα. Σήμερα υπάρχει αλουμινοποιημένο ύφασμα αποστειρωμένα σε διάφορα τεμάχια, που έχει καλή απορροφητική δράση και δεν κολλάει στην τραυματική επιφάνεια.

Ορισμένες περιπτώσεις, όπως εγκαύματα ραχιαίας επιφάνειας, νοσηλεύονται δύσκολα σε κοινό κρεβάτι, διότι οι εσχάρες υγραίνονται από το εξίδρωμα και προκαλούνται επιμολύνσεις. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με ειδικά κρεβάτια συνεχούς ρεύματος αέρας με τα οποία πετυχαίνεται η ξηρότητα των εσχάρων αποφεύγονται οι κατακλίσεις κι ο άρρωστος μπορεί να κινείται. Εξυπηρετούν ανήλικες και μεγάλα παιδιά. Μειονεκτούν για το υψηλό κόστος, το μεγάλο βάρος και η ειδική εγκατάσταση που απαιτούν στο δάπεδο του θαλάμου. Υπάρχουν κι άλλα ειδικά κρεβάτια - διάφορες μορφές αεροστρωμάτων - που διευκολύνουν τη νοσηλεία των εγκαυματιών, φθηνότερα αλλά δεν πετυχαίνουν την ξήρανση των οφθαλμών. (ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2004)

Κλειστή μέθοδος: Σ' αυτή τη μέθοδο η εγκαυματική επιφάνεια καλύπτεται με αποστειρωμένο επιδεσμικό υλικό. Προστατεύεται από επιμολύνσεις, ακινητοποιούνται οι αρθρώσεις και περιορίζονται οι απώλειες υγρών από τις εγκαυματικές επιφάνειες. Γίνεται επιμελής καθαρισμός συχνά υπό νάρκωση και εφαρμογή επιθέματος εμποτισμένο με διάλυμα νιτρικού αργύρου 5% που προκαλεί πήξη του λευκώματος και διαθέτει αντιμικροβιακή δράση. Ο εμποτισμός του επιθέματος γίνεται ανά 6ωρο κι οι αλλαγές συνήθως κάθε δεύτερη μέρα. Εκτός από την υγρή επίδεση με νιτρικό άργυρο, betadine, σύμφωνα με ιατρική οδηγία, Υπάρχουν περιπτώσεις που γίνεται συνδυασμός αναπνοής και της ειδικής μεθόδου.

Ανεξάρτητα υπό τη μέθοδο που ακολουθείται, σε κάθε περίπτωση εγκαυματία γίνεται πλύση των εγκαυματικών περιοχών σε πολύ καθαρή μπανιέρα με νερό και κάποιο αντισηπτικό διάλυμα κάθε 2 – 3 ημέρες. Με τη διαβροχή των νεκρωμένων ιστών και κρουστών είναι δυνατή η αφαίρεση τους. Πετυχαίνεται ακόμη και η μηχανική απομάκρυνση ενός αριθμού παθογόνων μικροβίων. Σε

οργανωμένες μονάδες εγκαυμάτων υπάρχουν ειδικές ανοξειδωτες μπανιέρες με δυνατότητα αλλαγής του ύψους τους ώστε να διευκολύνεται η μεταφορά του πάσχοντα με φορείο η νοσηλεία του.

γ) Χειρουργικές μέθοδοι

Εσχαροτομή: Είναι ανακουφιστική επέμβαση με σχάσεις. Σχάσεις είναι τομές ολόκληρου του πάχους του δέρματος με σκοπό την υποχώρηση της πίεσης των αιμοφόρων αγγείων από το αναπτυσσόμενο οίδημα και τη διευκόλυνση της κυκλοφορίας του αίματος. Γίνεται στο κρεβάτι του αρρώστου, ανώδυνα, διότι οι νευρικές απολήξεις της εγκαυματική περιοχής έχουν καταστραφεί.

Εσχαρεκτομή: Είναι η αφαίρεση των εσχάρων του ολικού πάχους εγκαύματα. Πρώιμη εσχαρεκτομή γίνεται τις πρώτες 3 – 4 ημέρες που ο άρρωστος αποκαθίσταται αιμοδυναμικά και τα εγκαύματα θεωρούνται ακόμη σχετικά άσηπτα. Όψιμη γίνεται μετά τη 15^η ημέρα και σχετίζεται με την αφαίρεση όλων των νεκρωμένων ιστών. Οι εγκαυματικές επιφάνειες καλύπτονται με βιολογικούς επιδέσμους. Σκοπός τους είναι η προσωρινή επικάλυψη του τραύματος μέχρι να δημιουργηθούν προϋποθέσεις που θα επιτρέπουν την μεταμόσχευση δέρματος. Βιολογικοί επίδεσμοι είναι ξένα μοσχεύματα (χοίρεια, βοοειδή ή μοσχεύματα ανθρώπινα). Σήμερα υπάρχουν συνθετικά υποκατάστατα δέρματος που εκπληρώνουν ιδιότητες των βιολογικών επιδέσμων, τα οποία συνεχών βελτιώνονται σαν υλικά και σαν συμπεριφορά προς τους ιστούς όπως omiderm, op-sike, biobrane. Όλα έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, Η χρήση τους προορίζεται στους ειδικούς για κάθε περίπτωση.

2. Κατάγματα

2.1. Γενικά στοιχεία

Τα κατάγματα της παιδικής ηλικίας, δεν είναι μόνο πρόβλημα του παιδιού, αλλά της οικογένειας, της πολιτείας και κάθε ατόμου. Η αύξηση της συχνότητας των καταγμάτων είναι δραματική του 20^{ου} αιώνα. Υπάρχουν ορισμένα παιδιά που έχουν υψηλότερο κίνδυνο να είναι θύματα κάποιου κατάγματος. Τα παιδιά αυτά τα διακρίνει η υπερκινητικότητα, η περιέργεια, το θάρρος, μιμούνται τους μεγαλύτερους, είναι μυθομανής, ευερέθιστα, ισχυρογνώμονα, απρόσεκτα, με μικρό εύρος προσοχής και απείθαρχα. Τα κατάγματα, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι είναι αποτέλεσμα ατυχημάτων της παιδικής ηλικίας.(Χρυσανθόπουλος,2006)

2.2. Στοιχεία Ανατομίας και Φυσιολογίας

Κάταγμα είναι η λύση της συνέχειας του οστού. Είναι αποτέλεσμα άσκησης βίας από πτώση, συμπίεση, περιστροφή ή παθολογικής κατάστασης. Ο διαγνωστικός έλεγχος γίνεται από την κλινική εικόνα, την εξέταση και τον αιτιολογικό έλεγχο.

Το μυοσκελετικό σύστημα αποτελείται από τον σκελετό, τους μυς και τα διάφορα άλλα μόρια που τον καλύπτουν (δέρμα, περιτονίες, τένοντες, αγγεία, νεύρα κ.τ.λ.). Γενικά ο σκελετός του ανθρώπου αποτελείται από διάφορα οστά, που συνδέονται μεταξύ του και σχηματίζουν τις αρθρώσεις.(ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2006)

Τα οστά είναι σκληρά μέρη του οργανισμού τα οποία συγκρατούνται (συναρθρούμενα) κατάλληλα μεταξύ του με συνδέσμους κι αρθρικούς θύλακες και αποτελούν το σκελετό του σώματος. Στα οστά προσφύονται οι μύες που τα κινούν και σ' αυτά στηρίζονται έμμεσα όλα τα όργανα του σώματος. Το οστό

αποτελείται από την θεμέλια ουσία με τα οστικά κύτταρα περιβάλλεται δε ολόκληρο από το περίοστεο. Η θεμέλια ουσία βρίσκεται μεταξύ, των κυττάρων και γεμίζει τα μεταξύ τους κενά και αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος του οστού. Σ' αυτή εναποτίθενται άλατα ασβεστίου, τα οποία προσδίδουν την χαρακτηριστική σκληρότητα του οστού. Τα οστικά κύτταρα είναι τα χαρακτηριστικά κύτταρα του οστικού ιστού. Συντάσσονται κατάλληλα μεταξύ τους σχηματίζοντας τις οστικές δοκίδες. Το περίοστεο είναι ινώδης υμένας που περιβάλλει το οστό. Ορισμένα κύτταρά του, οι οστεοβλάστες, παράγουν τα οστικά κύτταρα τα οποία αντικαθιστούν τα γηρασμένα. Σε περίπτωση κατάγματος οι οστεοβλάστες πολλαπλασιάζονται γρήγορα, παράγονται πολλά οστικά κύτταρα και σχηματίζουν τον πόρω. Η διαδικασία αυτή λέγεται πόρωση. (Χρυσανθόπουλος,2006)

Σύνδεσμοι είναι ισχυρές ινώδεις λωρίδες, οι οποίες προσφύονται σε κατάλληλες θέσεις των οστών, ισχυροποιούν την άρθρωση και επιτρέπουν τις αρθρικές κινήσεις προς ορισμένες κινήσεις και εύρος.

Άρθρωση λέγεται η κατάλληλη σύνδεση δύο ή περισσότερων ουσιών, που είτε επιτρέπεται η κίνηση προς ορισμένες μόνο κατευθύνσεις και λέγεται διάρθρωση ή δεν επιτρέπεται η κίνηση και λέγεται συνάρθρωση. Η άρθρωση αποτελείται:

- Τις αρθρικές επιφάνειες που η μια δέχεται την άλλη. Καλύπτεται από ανθεκτικό κολοειδή χόνδρο για να μειώνονται οι τριβές και οι καταστροφές. (ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2004)

- Τον αρθρικό θύλακα, που περιβάλλει την άρθρωση και συγκρατεί τα οστά. Παράγει ορώδες, διαυγές υγρό, που επαλείφει τις αρθρικές επιφάνειες, διευκολύνει τις κινήσεις και συμβάλλει στη καλή διατήρηση της άρθρωσης. Σε κάκωση ή φλεγμονή της άρθρωσης αυξάνει πολύ (ύδραθρο), μπορεί δε να μετατραπεί σε πυώδες (πύαρθρο).

- Ανάλογα με το είδος του ιστού που παρεμβάλλεται, οι συναρθρώσεις διακρίνονται σε:

- συνδεσμώνσεις: όταν η σύνδεση των οστών γίνεται με ινώδη συνδετικό ιστό (οστά κρανίου)

- συγχονδρώσεις: όταν η σύνδεση γίνεται με χόνδρο (ανάμεσα στη διάφυση και την επίφυση του οστού ως την ενηλικίωση)

- συνοστεώσεις: στις οποίες μετατρέπονται οι συνδεσμώνσεις και οι συγχονδρώσεις, όταν τελειώσει η ανάπτυξη

- συμφύσεις: είναι μια συνδέσμιση, με την έννοια ότι συνδετικός ιστός συνδέει τα δυο οστά. (Χρυσανθόπουλος,2006)

- Οι κινήσεις των αρθρώσεων περιορίζονται από:

- Τους συνδέσμους
- Την επαφή με άλλες δομές
- Το σχήμα των οστών
- Τις αντιστάσεις των μυών

- Τα είδη των κινήσεων που μπορούν να κάνουν οι αρθρώσεις είναι:

- Κάμψη
- Έκταση
- Απαγωγή
- Προσαγωγή
- Προς τα μέσα και προς τα έξω στροφή
- Περιστροφή.

2.3 Κλινική Εικόνα

α) Πόνος ή ευαισθησία στο οστό. Στα παθολογικά κατάγματα ο πόνος είναι ήπιος ή λείπει.

- β) Χαρακτηριστικός κριγμός που μπορεί να ακουστεί κατά την ώρα του ατυχήματος.
- γ) Αίσθημα ή ήχος τριβής κατά την κίνηση.
- δ) Αδυναμία κίνησης του μέλους.
- ε) Οίδημα ή και αιμάτωμα πάνω στο οστό.
- ζ) Ανώμαλο σχήμα, θέση ή κίνηση του οστού ή της άρθρωσης.

2.4 Χρησιμότητα του ανθρώπινου σκελετού

Ο ανθρώπινος σκελετός είναι διαμορφωμένος ανάλογα με τις ανάγκες που πρόκειται ν' αντιμετωπίσει. Αρχικά εξυπηρετεί στην μηχανική υποστήριξη του σώματος και την κινητικότητα. Οι μηχανικές καταπονήσεις, που συνήθως δέχεται ο σκελετός είναι τόσο μεγάλες, ώστε να δημιουργούνται συνεχώς μικροφθορές των οστών και των αρθρώσεων. Αυτές επισωρευμένες θα οδηγήσουν τελικά σε κατάρρευση του σκελετού, αν δεν υπήρχε μια συνεχής δυνατότητα ανανέωσης των φθορών αυτών. Ο σκελετός χρησιμεύει ακόμη σαν αποθήκη ασβεστίου, ενός στοιχείου που είναι απαραίτητο στη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, το επίπεδο του οποίου στο πλάσμα πρέπει να είναι σταθερό. (Χρυσανθόπουλος,2006)

Διακίνηση ασβεστίου. Ο οργανισμός διαθέτει πολύπλοκους μηχανισμούς, που σχετίζονται με την ομοιοστασία του ασβεστίου, τη σωστή διακίνηση του και τον εξωκυττάριο χώρο και την εναποθήκευση στα οστά. Ρυθμιστικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ομοιοστασία του ασβεστίου, είναι η παραθορμόνη, ο ενεργός μεταβολίτης της βιταμίνης D, καθώς και οι άλλοι δευτερεύοντες, όπως η καλσιτονίνη κτλ.

Υγειονοδιαιτητική αγωγή. Οι παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος οδηγούν σε έκπτωση ή κατάργηση της κινητικότητας του αρρώστου. Η σωστή υγειονοδιαιτητική αγωγή του αρρώστου με

προσωρινή ή μόνιμη δυσλειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος είναι βασικής σημασίας. Θα πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα, γαλακτοκομικά προϊόντα, βιταμίνες, πτωχή σε λίπη και υδατάνθρακες για την πρόληψη της παχυσαρκίας. Να περιλαμβάνει τροφές με υπόλειμμα για τη διευκόλυνση της λειτουργίας του εντέρου και αρκετά υγρά για την καλή λειτουργία των νεφρών.

2.5 Αντιπροσωπευτικοί τύποι καταγμάτων

α) Κλειστό ή απλό. Η κάκωση αφορά μόνο το οστό χωρίς τραύμα στο δέρμα.

β) Ανοικτό. Σ' αυτό συνυπάρχει και τραύμα, που είναι εκτεθειμένοι στον κίνδυνο της μόλυνσης.

Η πώρωση τους καθυστερεί.

γ) Εγκάρσιο ή τέλειο. Τα σπασμένα άκρα του οστού είναι επίπεδα.

δ) Τέλειο με εφίπνευση. Η έλξη των μυών αναγκάζουν τα σπασμένα τμήματα του οστού να εφιπνεύουν. Γίνεται ανάταξη με έλξη ή χειρουργική. (Χρυσανθόπουλος,2006)

ε) Συντριπτικό. Χαρακτηρίζεται από θρυμματισμένα κομμάτια οστού. Αποκαθίσταται με ανοιχτή ανάταξη.

ζ) Λοξό – ρογμώδες. Δύσκολη η ανάταξή του αλλά εύκολη η πώρωση. (ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2004)

η) Ενσφηνωμένο. Γίνεται ενσφήνωση του ενός άκρου στο άλλο με αποτέλεσμα την παραμόρφωση και την βράχωση του οστού.

θ) Ενδοαρθρικό. Συμβαίνει μέσα στην άρθρωση και μπορεί να παρουσιάσει όψιμα πρόβλημα.

ι) Σπασμένου χλωρού ξύλου. Συμβαίνει κυρίως στα παιδιά. Είναι κάταγμα ατελές, λόγω της ελαστικότητας του οστού της παιδικής ηλικίας.

Άλλοι τύποι είναι τα άμεσα, όταν συμβαίνουν στο σημείο που ασκήθηκε η βία, έμμεσα όταν είναι μακριά από το σημείο και παθολογικό, όταν το οστό έχει αποδυναμωθεί από κάποια πάθηση, όπως οστεοπόρωση, μεταστατικό καρκίνο κ.α.

2.6 Επιπλοκές καταγμάτων

- Μυϊκός σπασμός. Εμφανίζεται συνήθως σε κατάγματα μηρού και αντιμετωπίζεται με συνεχή έλξη.
- Καθυστέρηση πώρωσης – ψευδάρθρωσης.
- Οστικές νευρώσεις από παρασχίδες του οστού.
- Αναπνευστικές λοιμώξεις λόγω παρατεταμένης κάκωσης, κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα.
- Ουρολοιμώξεις , από στάση ούρων και έλλειψη καθαριότητας.
- Κακώσεις από έλλειψη επιμελούς νοσηλευτικής φροντίδας.
- Δυσκαμψία – δυσμορφία ή αγκύλωση άρθρωσης από κακής αγωγής ή έλλειψη εκπαίδευσης του πάσχοντα (κινήσεις, ειδικές ασκήσεις).
- Λιπώδης εμβολή από απόσταση τμήματος λιπώδους ιστού από σημείο του κατάγματος.

2.7 Εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού

1. Ιστορικό υγείας

- α) για συμπτώματα:
- χρόνος εμφάνισης
 - διάρκεια
 - επιδείνωση
 - μείωση έντασης
- β) σχόλια και διερμηνείες του ίδιου του παιδιού
- γ) βαθμός επακόλουθης ανικανότητας
- δ) σημείωση βαθμού βλάβης

ε) σημείωση τρόπου πρόκλησης της βλάβης: έπεσε το παιδί; Δέχτηκε άμεσο χτύπημα στη πάσχουσα περιοχή; Εξασκήθηκαν το οστό παράλληλες δυνάμεις που έτειναν να το κάμψουν ή αντίθετα να το εφελκύσουν, ή τέλος συνέβη στο οστό βίαιη στροφή που προκάλεσε το κάταγμα;

2) Εκτίμηση φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς

Σημείωση των παρακάτω:

- α) Παραμόρφωση
- β) Πόνου οξείας ευαισθησία.(ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2006)
- γ) Απώλεια λειτουργικότητας, παρά φύση κίνησης
- δ) Βράχωση οστού, μυϊκού σπασμού
- ε) Οίδημα και μεταβολή στο χρώμα, όπως ωχρότητα και εκχύμωση
- στ) Αποκαλυμμένου οστού
- ζ) Βλάβη των παρακειμένων δομών με ρήξη και αιμορραγία
- η) Μεταβολής ή απώλειας αισθητικότητας π.χ. το κάταγμα της κεφαλής του βραχιόνιου οστού ή της ωλένης έχει ως αποτέλεσμα τη μεταβολή στην αισθητικότητα των δαχτύλων 4 και 5 ή της παλαμιαίας και ραχιαίας επιφάνειας. Κάταγμα σπονδυλικής στήλης, εξάλλου, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια αίσθησης.
- θ) Μείωση μεγέθους ή απουσίας σφυγμών περιφερικά από τη βλάβη. Το πάσχον σκέλος πιο ψυχρό από το υγιές.
- ι) Κριγμού. .(Χρυσανθόπουλος,2006)

3) Διαγνωστικές Εξετάσεις

- α) ακτινογραφία
- β) γενική αίματος και λευκοκυττατικός τύπος. Για όλα τα πολλαπλά κατάγματα αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτης.

2.8 Προβλήματα παιδιού

1. Πλημμελής διακίνησης οξυγόνου – δυνητική (εμβολή λίπους, υπογλυκαιμικό shock)
2. Θρεπτικό ισοζύγιο – δυνητικό
3. Μείωση άνεσης (πόνος – δυσχέρεια)
4. Μείωση δραστηριοτήτων (γύψος, έλξη κ.τ.λ.)
5. Αδυναμία εκτέλεσης δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας.
6. Κίνδυνος επιπλοκών από το κάταγμα (εμβολή λίπους, shock) και την ακινησία.
7. Προβλήματα λειτουργίας κύστης και εντέρου
8. Πόνος - αγωνία
9. Ανάγκη μακροχρόνιας θεραπείας και προβλήματα από ψυχολογικές, κοινωνικές, οικογενειακές και οικονομικές επιπτώσεις.

2.9 Σκοπός φροντίδας

1. Άμεσοι

- α) Σταθεροποίηση αναπνευστικής και καρδιαγγειακής λειτουργίας.
- β) Προαγωγή αποκατάστασης της συνέχειας του οστού.
(Χρυσανθόπουλος,2006)
- γ) Πρόληψη βλάβης νεύρων και αγγείων.
- δ) Μείωση πόνου.
- ε) Εξασφάλιση φροντίδας μετά την εφαρμογή γύψου και πρόληψη επιπλοκών.
- στ) Προαγωγή λειτουργίας εντέρου.

2. Μακροπρόθεσμοι

- α) Διατήρηση ακεραιότητας γύψου
- β) Προαγωγή αυτοφροντίδας
- γ) Διατήρηση επαρκούς θρέψης και υδάτωσης

- δ) Πρόληψη επιπλοκών από την ακινησία
- ε) Προετοιμασία αρρώστου για έγερση.

2.10 Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α) Συχνή παρακολούθηση ζωτικών σημείων για έγκαιρη διαπίστωση λοίμωξης.
- β) Βαθιές αναπνοές και βήχας κάθε 2 ώρες, για πρόληψη αναπνευστικών προβλημάτων.
- γ) Φροντίδα γύψου.
- δ) Χορήγηση παυσίπονων, όταν είναι ανάγκη
- ε) Εφαρμογή παγοκύστεων στην περιοχή βλάβης, για μείωση οιδήματος τις πρώτες 2 – 4 ώρες μετά την κάκωση
- στ) Εξασφάλιση καλά ισοζυγισμένης διαίτας, πολλές πρωτεΐνες, θερμίδες και βιταμίνες D και C
- ζ) Επαρκής λήψη υγρών, για αποφυγή αφυδάτωσης και διατήρηση επαρκούς νεφρικής απέκκρισης
- η) Χρήση δοχείου κατάγματος και σχεδιασμός προγράμματος κένωσης του εντέρου, που να συμφωνεί μ' εκείνο του αρρώστου πριν από την εισαγωγή στο νοσοκομείο
- θ) Ενθάρρυνση αρρώστου να εκτελεί ισομετρικές ασκήσεις στο πάσχον μέλος
- ι) Ενεργητικές ασκήσεις υγιών μελών
 - ια) Για έγερση από το κρεβάτι, μεταφορά του αρρώστου στο άκρο του κρεβατιού προς την υγιή πλευρά
 - ιβ) φροντίδα δέρματος
 - έλεγχος και μασάζ οστεϊκών προεξοχών
 - γύρισμα κάθε δυο ώρες
 - ιγ) Ενθάρρυνση αρρώστου για αυτοφροντίδα. Παροχή υποστήριξης και ενθάρρυνση στον άρρωστο και την οικογένεια του

ιδ) Σχέδιο διδασκαλίας

- Ισομετρικές ασκήσεις
- Προετοιμασία για έγερση μέσω προγράμματος ενδυνάμωσης των μυών
- Χρησιμοποίηση τριγώνου για διευκόλυνση κινήσεων
- Χρήση δεκανικών ή άλλων βοηθητικών εξαρτημάτων για βάρδια

ιε) Σχέδιο εξόδου και αξιολόγηση της διδασκαλίας, περιλαμβάνει:

- Γραπτές οδηγίες (δίαιτα, ασκήσεις, φροντίδα γύψου, φάρμακα)
- Επίδειξη από τον άρρωστο αυτών που έμαθε από τη διδασκαλία

ιστ) Εξασφάλιση μετέπειτα παρακολούθησης

2.11. Αξιολόγηση κατάστασης παιδιού

1) Επανεκτίμηση συμμόρφωσης στο σχήμα θεραπείας και φροντίδας

2) Επιπλοκές

α) υπογλυκαιμικό shock εξαιτίας απώλειας υγρών και αίματος

Shock: Αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παλαιότερα, ήταν η κύρια αιτία μετεγχειρητικών θανάτων. Σήμερα όμως, με την προεγχειρητική ρύθμιση υγρών και την ορθή αναπλήρωση αίματος, πλάσματος και υγρών κατά και μετά τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και με τη χρησιμοποίηση του κατάλληλου για κάθε παιδί αναισθητικού και τον περιορισμό του χειρουργικού τραύματος στο ελάχιστο, η επιπλοκή αυτή έχει μειωθεί ικανοποιητικά. Το shock μπορεί να οριστεί ως η δυσαναλογία μεταξύ νευρικότητας και κυκλοφορικού συστήματος και όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος. Η δυσαναλογία αυτή έχει ως αποτέλεσμα την κυκλοφορική κατάπτωση. Είναι δηλαδή, ένα σύνδρομο διαταραχής

της μικροκυκλοφορίας των ιστών. Τα διάφορα συμπτώματα οφείλονται ακριβώς στην οστική υποξία των διαφόρων οργάνων.

Το shock ανάλογα με την αιτιολογία του, διαιρείται σε:

- Υπογκαιμικό (μείωση όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος).
- Καρδιογενές (μείωση της απόδοσης της καρδιάς).
- Σηπτικό. Οφείλεται σε τοξίνες μικροβίων, κυρίως Gram αρνητικών (70%), αλλά και Gram θετικών, οι οποίες επιδρούν στο τοίχωμα των τριχοειδών, του οποίου αυξάνουν τη διαβατότητα.
- Αναφυλακτικό. Συμβαίνει κατά τη χορήγηση των φαρμάκων ή άλλων ουσιών (πενικιλίνης, ιωδιούχων σκευασμάτων, ιππείον αντιτετανικού ορού) ή μετά από ρήξη εχινόκοκκου κύστης στην υπεζωκοτική περιτοναϊκή κοιλότητα. Προκαλείται εξαιτίας δράσης της ισταμίνης στα περιφερικά αγγεία, τα οποία διαστέλλονται και αυξάνεται η διαβατότητα του τοιχώματός τους.
- Νευρογενές. Οφείλεται στην απότομη ελάττωση του πόνου του αγγειακού συστήματος και στην περιφερική λίμναση του αίματος. Συμβαίνει:

α) Κακώσεις του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού

β) Εξαιτίας λήψης γαγγλιοπληγικών ή βαρβιτουρικών και αναισθητικών

γ) Ψυχογενή αίτια (φόβος επέμβασης, θέα αίματος)

δ) Εξαιτίας πόνου

ε) Εκτεταμένου χειρουργικού τραύματος.

- Το υπογκαιμικό shock προκαλείται από:

- απώλεια αίματος
- απώλεια πλάσματος (έγκαυμα, περιτονίτιδα, εντερική απόφραξη)
- απώλεια νερού (εμετός, διάρροια, εφροδρώσεις)

Η βαρύτητα του υπογκαιμικού εξαρτάται από τον όγκο του υγρού που χάνεται και από την ταχύτητα απώλειάς του.

β) Θρομβεμβολή: Έμβολο είναι ένα ξένο σώμα μέσα στο ρεύμα του αίματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι θρόμβος αίματος που αποσπάστηκε από το σημείο όπου πρωτοδημιουργήθηκε. Ο θρόμβος που φτάνει στην καρδιά από την περιφέρεια προωθείται από το αίμα μέσα στην πνευμονική αρτηρία, της οποίας αποφράσσει κάποιο κλάδο.

Τα συμπτώματα είναι πολύ έντονα. Ο άρρωστος που βρίσκεται στην περίοδο ανάρρωσης, ξαφνικά παρουσιάζει εντονότατα πόνο στο θώρακα, αδυναμία να αναπνεύσει, κυάνωση και αγωνία. Οι κόρες του διαστέλλονται και τον περιλούζει κρύος ιδρώτας. Ο σφυγμός γίνεται συχνός και άρρυθμος και τελικά αψηλάφητος και ο άρρωστος καταλήγει. Αν ο άρρωστος δεν καταλήξει μέσα σε 30min, υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει.

Η επιπλοκή αυτή μπορεί να συμβεί οποτεδήποτε μετά την εγχείρηση, όμως εμφανίζεται συχνότερα κατά τη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας, όταν ο άρρωστος αυξάνει τις δραστηριότητές του. Πιθανόν, θρόμβοι που σχηματίστηκαν αποσπώνται εξαιτίας της εντονότερης κίνησης.

γ) Λιπώδης Εμβολή. Συμβαίνει τις πρώτες μέρες μετά την κάκωση. Είναι βαριά επιπλοκή των καταγμάτων των μακρών οστών και αποτελεί την αιτία θανάτου σε ποσοστό πάνω από 20% των θανατηφόρων καταγμάτων.

Κατά τη λιπώδη εμβολή, ένας μεγάλος αριθμός λιποσφαιρίων εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος. Ένα μέρος αυτών των λιποσφαιρίων καθηλώνεται μέσα στα αρτηρίδια και τα τριχοειδή των πνευμόνων. Από αυτά, εκείνα που έχουν διάμετρο 8 – 14μm περνάνε τα τριχοειδή, εισέρχονται στη γενική κυκλοφορία και προκαλούν εμβολές στον εγκέφαλο, στους νεφρούς και το δέρμα.

Για την προέλευση των λιπιδίων εμβολών υπάρχουν δύο απόψεις. Σύμφωνα με την πρώτη, η αφετηρία θεωρείται η **χώρα τραυματισμού**, όπου γίνεται ρήξη των κυττάρων και απελευθέρωση από αυτά λίπους, ενώ η ρήξη των φλεβικών αγγείων βοηθά την είσοδο τους στην κυκλοφορία. Σημαντικότερη πηγή λίπους είναι ο μυελός των οστών. Το λίπος αυτό, σε περίπτωση κατάγματος, απελευθερώνεται, ενώ τα φλεβικά αγγεία που σπάνε διατηρούνται ανοικτά μέσα στους σωλήνες του Havers και χρησιμεύουν ως αγωγοί για την απορρόφησή του. Κατά την δεύτερη άποψη, η αφετηρία των λιπιδίων εμβόλων είναι το πλάσμα του αίματος, που περιέχει φυσιολογικά, λίπος σε αναλογία 0,2 – 2% σε μορφή γαλακτώματος, σταγονιδίων διαμέτρου 0,5 – 1,5μm, δηλ. μικρότερης εκείνης και των πιο στενών τριχοειδών. Το λίπος αυτό κατακριμήγεται και κροκιδώνεται υπό την επίδραση παραγόντων που ελευθερώνονται στην περιοχή τραυματισμού. Τέτοιοι παράγοντες θεωρούνται η σταμίνη και η λιπάση. Ακόμη, φαίνεται να είναι μεγάλης σπουδαιότητας στην παθογένεση της λιπώδους εμβολής ή εξαιτίας shock, αύξηση των κατεχολαμικών στο αίμα.

Ο εγκέφαλος και μετά οι πνεύμονες και άλλα όργανα δίνουν τα κλινικά σημεία και συμπτώματα, που εκδηλώνονται 48 ώρες περίπου μετά την κάκωση.

● Εκτίμηση:

- Ανησυχία, σύγχυση, διέγερση, παραλήρημα, που ακολουθούνται από ημικωματώδη κατάσταση ή τελικά κώμα.
- Μυϊκή υπερτονία, σπαστικότητα σπασμοί, αύξηση των αντανακλαστικών, σημείο Babinski (πιθανό), διαταραχές αντανακλαστικών κόρης.
- - Ταχυκαρδία ή προκάρδιος θωρακικός πόνος.
- - Πυρετός 38 – 39° C

- Ταχύπνοια, κυάνωση, δύσπνοια. Παραγωγικός βήχας με αιμόφυρτα πτύελα και παρουσία υγρών ρόγγων, που υποδηλώνουν αρχόμενο πνευμονικό οίδημα.
- Μετά τις 48 ώρες: Πετεχειώδες εξάνθημα στην πρόσθια μασχαλιαία γραμμή του θώρακα, στους ώμους, στη βάση του τραχήλου και στην περιοχή του στέρνου, μερικές φορές και στους βραχίονες και στην κοιλιά (εξαιτίας μικροαιμορραγιών γύρω από τα τριχοειδή αγγεία του δέρματος που αποφράχτηκαν από έμβολο λίπους).
- Εργαστηριακές εξετάσεις
 - Αιμοσφαιρίνη (μειωμένη)
 - Ασβέστιο πλάσματος (μειωμένο)
 - Λίπανση αίματος (αυξημένη)
 - Ούρα: λεύκωμα, ερυθρά και ίσως κύλινδροι.

Παρέμβαση: ● Προσδιορισμός αερίων αίματος για εκτίμηση ανταλλαγής αερίων και αποτελεσμάτων της θεραπείας.

- Χορήγηση οξυγόνου, σύμφωνα με τα αποτελέσματα ανάλυσης αερίων του σώματος.

- Βοήθεια στην ενδοτραχειακή διασωλήνωσή του παιδιού. Αερισμός σταθερού όγκου και θετικής κατά το τέλος της εκπνοής πίεσης (PEEP), για μείωση ή παρεμπόδιση ανάπτυξης πνευμονικού οιδήματος.

- Χορήγηση ηπαρίνης για λιπολυτική της δράση. Βέβαια η ηπαρίνη ενεργοποιεί τη λίπαση και αυξάνει το σχηματισμό ελεύθερων λιπαρών οξέων στο πνευμονικό παρέγχυμα, που καταστρέφουν το ενδοθήλιο των αγγείων και προκαλούν αιμορραγικό πνευμονικό οίδημα.

- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και γλυκόζης για πρόληψη υπογλυκαιμίας.

- Χορήγηση σκευασμάτων μικρομοριακής δεξτράνης, για βελτίωση της συστηματικής και πνευμονικής τριχοειδικής ροής και για την αντιπηκτική ιδιότητα.

- Χορήγηση κορτικοστεροειδών, για τον έλεγχο του εγκεφαλικού οιδήματος και τη μείωση φλεγμονής της κυψελιδικής μεμβράνης.

- Χορήγηση διουρητικών ταχείας δράσης και καρδιοτονωτικών, για το πνευμονικό οίδημα.

- Χορήγηση αντιβιοτικών.

- Παρακολούθηση νεφρικής απέκκρισης και καρδιαγγειακής κατάστασης.

- Συχνή εκτίμηση νευρολογικής κατάστασης.

- Αποφυγή γυρίσματος αρρώστου: διατήρηση του σε σταθερή θέση, για αποφυγή απόσπασης εμβόλων.

- Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος για προαγωγή ανάπαυσης.

- Εξασφάλιση και δημιουργία ατμόσφαιράς που βοηθά στην ανοιχτή συζήτηση.

δ) Διαταραχή αρτηριακής κυκλοφορίας. Προκαλεί ισχαιμη νέκρωση μυών και συρρίκνωση (ισχαιμη συρρίκνωση του Volkmann). Κατάγματα που συνήθως παρουσιάζουν το σύνδρομο είναι το υπερκονδύλιο του βραχιονίου, το κάταγμα της κλείδας, με τρώση της μασχαλιαίας αρτηρίας και τα κατάγματα της περιοχής του γονάτου με τρώση της ιγνιακής αρτηρίας. Γενικά κάθε κάταγμα που εμπλέκεται με ισχαιμία μπορεί να προκαλέσει το σύνδρομο.

-Εκτίμηση: ● ωχρότητα δακτύλων

- μούδιασμα (αιμωδία) και μυρμιγκίαση

- ψυχρό σκέλος
 - πόνος που δεν υποχωρεί με ναρκωτικά ή που δεν επιδεινώνεται με κίνηση των δακτύλων
 - ανισότητα περιφερικών σφυγμών.
- Παρέμβαση: ● παρακολούθηση ζωτικών σημείων
- παρακολούθηση για σημεία σφιχτού γύψου και άμεση αναφορά αν υπάρχουν
 - παρακολούθηση περιφερικών σφυγμών
 - άμεση αφαίρεση σφιχτού γύψου
 - εμποτισμός αστεροειδούς γαγγλίου με διάλυμα νοβοκαΐνης 2% για διαστολή των αγγείων και βελτίωση της κυκλοφορίας.

ε) Διαταραχή λειτουργικών των νεύρων:

- Εκτίμηση: ● μυρμηκίαση και αιμωδία
- μειωμένη ικανότητα ή αδυναμία κίνησης των προηγούμενων λειτουργούντων δακτύλων
 - μειωμένη αίσθηση και αναισθησία δακτύλων
 - όταν πρόκειται για το περνιαίο νεύρο, τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται στο πόδι και στην πλάγια όψη της ποδοκνημικής άρθρωσης.
- Παρακολούθηση: ● Παρακολούθηση για οίδημα. Συχνή εκτίμηση περιφερικών αγγείων.
- Παρακολούθηση για σημεία σφιχτού γύψου ή άμεση κοπή του.
 - Συχνή εκτίμηση ζωτικών σημείων.
 - Αλλαγή έλξης, αν είναι απαραίτητο.

στ) Λοίμωξη ανοικτών (επιπλεγμένων) καταγμάτων

- Εκτίμηση – Τέτανος: ● Ευερεθιστότητα

- Αϋπνία
- Μικροί μυϊκοί σπασμοί ή τρόμος και σύσπαση των μυών γύρω από το τραύμα.

- Επώδυνη δυσκαταποσία
- Πόνος στο λαιμό
- Δυσκαμψία αυχένα
- Δυσκολία στην ούρηση
- Σπασμός μασητήρων
- Πυρετός
- Εφίδρωση
- Ολιγουρί

- Αερογόνος γάγγραινα: ● Ανυσηχία

- Αίσθημα βάρους και πόνος στο πάσχον άκρο
- Σταχτόχρωμο πρόσωπο
- Έντονη εφίδρωση
- Πυρετός
- Σημείο αφυδάτωσης
- Αρτηριακή πίεση κάτω από 60mmHg
- Εξοίδηση χειλιών του τραύματος
- Άφθονη ορώδης και οροαιματηρή έκκριση.

- Παρέμβαση: ● Καλλιέργεια εκκρίματος τραύματος. Σημείωση ποσότητας υγρού.

- Έλεγχος δέρματος κάτω από το γύψο και αφαίρεσή του, αν είναι ανάγκη.

- Σημείωση παροχέτευσης, σημείωση με κύκλο της περιοχής πάνω στο γύψο και συνεχής παρακολούθηση της.

- Αν υπάρχει αεριογόνος γάγγραινα, άνοιγμα του τραύματος στον αέρα, παροχέτευση, πλύση και επίδεση με άσηπτη τεχνική.

- Χορήγηση αντιβιοτικών από το στόμα.
- Συχνή παρακολούθηση ζωτικών σημείων.
- Μπορεί να είναι απαραίτητη η επανεφαρμογή του γύψου.
- Χορήγηση αναλγητικών και /ή ναρκωτικών για τη μείωση του πόνου.
- Δημιουργία θυρίδας στο γύψο για παρακολούθηση της περιοχής της λοίμωξης.

ζ) Βραδεία πόρωση, καθυστερημένη πόρωση, ψευδάρθρωση. Τα κύρια αίτια των διαταραχών της πόρωσης είναι :

- η μειωμένη αιμάτωση
- η ισχυρή έλξη
- η ατελής ακινητοποίηση
- η χρόνια ανεπαρκής ακινητοποίηση
- η λοίμωξη
- η παρεμβολή μαλακών μορίων
- η έλλειψη τμήματος οστού

- Εκτίμηση: ● ακτινογραφίες

● παρά φύση κίνηση

● επιμονή συμπτωμάτων κατάγματος

- Παρέμβαση – βραδεία πόρωση

α) Παράταση ακινητοποίησης, σύμφωνα με τις αρχές ακινητοποίησης καταγμάτων

β) Αλλαγή γύψου, αν είναι χαλαρός

γ) αποφυγή άσκοπων αλλαγών γύψου για έλεγχο πόρωσης, γιατί διακόπτουν την ακινητοποίηση.

Καθυστερημένη πόρωση:

- Αν το κάταγμα βρίσκεται υπό έλξη, αντικατάσταση της από γύψο ή μείωση της δύναμης έλξης στο ελάχιστο.
- Διόρθωση τυχόν παραμορφώσεων κατά την εφαρμογή γύψου.
- Χειρουργική επέμβαση (για τις περιπτώσεις όπου η καθυστέρηση διαρκεί πάνω από έξι μήνες). Σκοπό έχει την ενίσχυση της πόρωσης με οστεομεταμόσχευση και με σπογγώδη, συμπαγή ή φυλλίδια (chips) μοσχεύματα.

Ψευδάρθρωση

Χειρουργική επέμβαση, με σκοπό την απομάκρυνση των αιτιών που προκαλούν την ψευδάρθρωση, την εξασφάλιση ακινητοποίησης και την ενίσχυση ολικής οστεογένεσης.

2.12. Αντιμετώπιση

1. Εκτίμηση της έντασης του πόνου, χρησιμοποιούνται ειδικές μεθόδους που προορίζονται για παιδιατρικού ασθενείς διάφορα σκίτσα, όπου η ένταση του πόνου αποδίδεται με διάφορους μορφασμούς του προσώπου ή αριθμητική κλίμακα του πόνου. Η εκτίμηση του πόνου επιτρέπει τον καθορισμό της ειδικής ανατομικής περιοχής του σώματος όπου εντοπίζεται ο πόνος.
2. Τοποθέτηση του παιδιού στην κατάλληλη θέση – Ελαττώνεται η τάση στις αρθρώσεις και προλαμβάνεται η μυϊκή σύσπαση.
3. Κατά τις μετακινήσεις του παιδιού υποστηρίζεται το οστόν που φέρει το κάταγμα τόσο πάνω όσο και κάτω από το σημείο του κατάγματος. Η μετακίνηση γίνεται προσεκτικά και αποφεύγονται όσο είναι δυνατόν οι απότομες κινήσεις . Οποιαδήποτε κίνηση μπορεί να αυξήσει την ένταση του πόνου. Η υποστήριξη του οστού και η αποφυγή απότομων κινήσεων οδηγεί στην βελτίωση της άνεσης του παιδιού.

4. Παρακολουθείτε τις διάφορες περιοχές του σώματος που μπορεί να δέχονται πίεση, λόγω της έλξης, γύψου ή των σεντονιών και των κουβερτών. Η παρατεταμένη κίνηση μπορεί να προκαλέσει παρατεταμένη πίεση μπορεί να προκαλέσει ισχαιμία, που επιτείνει τον πόνο.
5. Ανύψωση του οστού που φέρει το κατάγμα, πάνω από το επίπεδο της καρδιάς. Διευκολύνεται έτσι η φλεβική επάνοδος του αίματος και έτσι ελαττώνεται το οίδημα, εξ' αιτίας του οποίου μπορεί να ασκείται πίεση στις νευρικές απολήξεις και να προκαλείται με τον τρόπο αυτό πόνος.
6. Χορήγηση αναλγητικών ή μυοχαλαρωτικών ή και τα δύο, σύμφωνα με οδηγίες. Τα φάρμακα να χορηγούνται έγκαιρα, ειδικά όταν υπάρχου ενδείξεις ότι το παιδί πονά όπως για παράδειγμα η πονεμένη έκφραση του προσώπου του, η διέγερση, η θέση του σώματός του ή τα λεγόμενα του. Με τα αναλγητικά μπορεί να υποχωρήσει ο πόνος. Τα μυοχαλαρωτικά προκαλούν ελάττωση του μυϊκού σπασμού. Η έγκαιρη χορήγηση των φαρμάκων συμβάλλει στο να παραμείνει υπό έλεγχο ο πόνος του παιδιού.
7. Εκτιμήστε το σφυγμό (συχνότητα και ποιότητα) περιφερικότητα του κατάγματος κάθε 2 – 4ώρες. Η εκτίμηση αυτή μπορεί να υποδηλώνει διαταραχή της αιμάτωσης στο άκρο περιφερικότερα του κατάγματος, που επιβάλλει την αντικατάσταση του γύψου ή την επαναρρύθμιση της συσκευής έλξης.
8. Εκτίμηση του χρώματος, της θερμοκρασίας και του χρόνου επαναπλήρωσης των τριχοειδών του προσβεβλημένου άκρου. Τα ευρήματα θα πρέπει να συγκρίνονται με εκείνα του μη προσβεβλημένου άκρου. Η σύγκριση βοηθά στο αν η αιμάτωση του προσβεβλημένου άκρου είναι ικανοποιητική.

9. Εκτίμηση της αισθητικότητας του παιδιού περιφερικά του κατάγματος (χρησιμοποιώντας την επαφή, την πίεση, ή τη μέθοδο με κριγμούς βελόνης), κάθε 15 λεπτά για την πρώτη ώρα, στη συνέχεια ανά ώρα για τις επόμενες 24 ώρες και κατόπιν κάθε 4 ώρες. Με την εξέταση αυτή εκτιμάται αν η αιμάτωση των νεύρων είναι ικανοποιητική.
10. Εκτίμηση της κινητικότητας περιφερικότερα του κατάγματος κάθε 2 – 4 ώρες. Αυτό συμβάλλει στον καθορισμό και εάν το κάταγμα έχει επηρεάσει την κινητικότητα του παιδιού που μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την νευρολογική βλάβη. (Χρυσανθόπουλος, 2006)
11. Άμεση ενημέρωση του γιατρού για τυχόν παθολογικά σημεία ή συμπτώματα, όπως είναι η ελάττωση της αισθητικότητας, η ωχρότητα, η χαμηλή θερμοκρασία του άκρου και η ελάττωση των περιφερικών σφύξεων. Η πρόωμη διάγνωση των επιπλοκών δίνει τη δυνατότητα για την έγκαιρη αντιμετώπιση τους, με σκοπό την πρόληψη της οστικής και νευρικής βλάβης, λόγω διαταραχών της κυκλοφορίας, που θα μπορούσε να οδηγήσει σε μόνιμες βλάβες και πιθανό ακρωτηριασμό.
12. Τοποθετήστε στο παιδί ειδικά μαλακά μαξιλάρια στους αγκώνες, στις πτέρνες, μια «κουλούρα» από ειδικό σπογγώδες υλικό και έναν αναπτήρα που προσαρμόζεται πάνω από το κρεβάτι του. Τα ειδικά υποστρώματα για του αγκώνες και τις πτέρνες μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της ασκούμενης πίεσης κατανέμοντας την ομοιόμορφα.
13. Διατήρηση του δέρματος του παιδιού, χωρίς να έρχεται σε επαφή με ερεθιστικές ουσίες. Η υγρασία και ο ερεθισμός του δέρματος μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα τη λύση της συνέχειας αυτού.
14. Χρησιμοποιήστε πάνες μιας χρήσης, των οποίων το ελεύθερο χεϊλος καλύπτεται από πλαστικές ή πλαστικά επιθέματα και

τοποθετούνται γύρω από τον γύψο στην περιπρωκτική χώρα για την προστασία του από την υγρασία ή το λέρωμα του. Η προστασία του γύψου από την υγρασία προλαμβάνει την ανάπτυξη μικροβίων που μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη λοίμωξη και τη λύση της συνέχειας του δέρματος.

- 15.**Ενημερώστε το παιδί ότι δεν θα πρέπει να εισάγει οποιοδήποτε αντικείμενο μεταξύ του δέρματος και του γύψου. Μπορεί να προκληθεί λύση της συνέχειας του δέρματος και λοίμωξη.
- 16.**Επικαλύψτε το χείλος (άκρη) του γύψου. Ελαττώνει την πιθανότητα να προκληθεί ο ερεθισμός του δέρματος.
- 17.**Ενημερώστε το παιδί ότι πρέπει να αλλάζει θέση στο κρεβάτι, να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές ανά 2 ώρες. Συμβάλλουν στην αποβολή των εκκρίσεων και την πλήρη αν εκιπυξη των πνευμόνων.
- 18.**Παρακολουθείστε τον αιματοκρίτη και την αιμοσφαιρίνη. Εκτιμάται άμεσα η ικανότητα μεταφοράς οξυγόνου στο αίμα. Χαμηλά επίπεδα μπορεί να είναι ένδειξη μετάγγισης συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων.
- 19.**Ελέγξτε και καταγράψτε όλες τις κενώσεις, συχνότητα, και σύσταση κοπράνων.
- 20.**Αυξήστε τη ποσότητα προσλαμβανομένων υγρών και φυσικών ινών, αν αυτό είναι απαραίτητο. Ενθαρρύνεται το παιδί να πίνει μεγάλες ποσότητες υγρών και να τρώει δημητριακά υψηλής περιεκτικότητας σε ίνες, φρούτα και λαχανικά. Τα υγρά συμβάλλουν στην προώθηση της τροφής κατά μήκος του πεπτικού σωλήνα.
- 21.**Ενθαρρύνεται το παιδί να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες (στο βαθμό που αυτό θα είναι δυνατό) και να

συμμετέχει σ' αποφράσεις σχετικά με τη φροντίδα του. Ενισχύει αίσθημα ανεξαρτησίας και αίσθημα ελέγχου της κατάστασης.

22. Συμμετοχή σε συστηματικό πρόγραμμα γυμναστικής. Η συστηματική εξάσκηση βοηθά στη διατήρηση του μυϊκού τόνου και της κινητικότητας των αρθρώσεων και συμβάλλει στην προετοιμασία του παιδιού να περπατά χρησιμοποιώντας πατερίτσες - αν αυτά πρόκειται να χρησιμοποιηθούν.

23. Ενθαρρύνετε την κοινωνική δραστηριότητα του παιδιού.

24. Ενθάρρυνση των γονιών να συνεργάζονται με το παιδί στις διάφορες σχολικές δραστηριότητες του (προσλαμβάνοντας και έναν παιδαγωγό, αν είναι απαραίτητος).

3. Δηλητηριάσεις

3.1. Γενικά στοιχεία

Οι δηλητηριάσεις στα μικρά παιδιά είναι αρκετές συχνές καθόσον, μετά την ηλικία των 6 μηνών, αρέσκονται να τοποθετούν κάθε αντικείμενο στο στόμα ή να γεύονται κάθε πράγμα, που είναι σε θέση να πιάσουν. Οι ουσίες που μπορεί να προκαλέσουν δηλητηρίαση, ανήκουν σε τέσσερις ομάδες: 1. φάρμακα, 2. αντικείμενα, 3. γεωργικά αντικείμενα, 5. φυτά.

Η υποψία λήψης ουσίας, που μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση είναι μια συχνή παιδιατρική κρήση. Αρκετά συχνότερες είναι οι περιπτώσεις εκείνες, που κάποιο παιδί βρέθηκε να κρατά στο χέρι του μια τοξική ουσία, χωρίς να έχει γευτεί ή να έλαβε μια μικρή ποσότητα απ' αυτή. Πολύ συχνότερη είναι η παρατήρηση, πως λίγα παιδιά αναπτύσσουν συμπτώματα. Δυστυχώς, σοβαρές δηλητηριάσεις μπορεί να συμβούν, γι' αυτό απαιτείται η δυνατότητα άμεσης επέμβασης για να σωθεί η ζωή του αθώου θύματος, του παιδιού. Από παγκόσμιες στατιστικές διαπιστώνεται η συνεχή ελάττωση της συχνότητας των δηλητηριάσεων τα τελευταία διακόσια χρόνια. Απαιτείται συνεχής ενημέρωση και προστασία, ώστε η συχνότητά του να ελαττωθεί ακόμη περισσότερο και πιθανώς, οι δηλητηριάσεις να πάψουν να αποτελούν μια απειλή για το μικρό παιδί. Αντίθετα, η χρήση τοξικών ουσιών για λόγους αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία παρουσιάζει μια συνεχή αύξηση και θνησιμότητα. Τα παιδιά, που βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο δηλητηριάσεως, ανήκουν στην ηλικία των 7 – 8 χρονών, είναι αγόρια και ιδιαίτερα ηλικίας 18 – 24 μηνών. Αυξημένη συχνότητα δηλητηριάσεων παρουσιάζουν τα παιδιά με οικογενειακά προβλήματα (άρρωστοι γονείς), παιδιά που οι γονείς εργάζονται, παιδιά με έναν γονέα στο σπίτι ή έφηβους γονείς. Η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται από την αυξημένη συχνότητα

αυτοκτονίας που αυξάνεται σημαντικά μετά την πρώτη προσπάθεια τερματισμού της ζωής. Τα κορίτσια δείχνουν μεγαλύτερη καταφυγή στην αυτοκτονία.

3.2 Υπέρβαση δόσης φαρμάκων

Υπέρβαση δόσης φαρμάκου είναι κάθε τοξίνωση που δημιουργείται από φάρμακο, το οποίο λαμβάνεται από οποιαδήποτε οδό χωρίς συνταγή ή επίβλεψη ιατρικού προσωπικού σε δόση ψηλότερη από τη θεραπευτική. Η πράξη μπορεί να είναι τυχαία ή σκόπιμη. Ο νοσηλευτής είναι νομικά υποχρεωμένος να αναφέρει όλα τα περιστατικά υπέρβασης δόσης φαρμάκων που αναγνωρίζονται. Τα πιο συνηθισμένα φάρμακα που προκαλούν δηλητηριάσεις από υπέρβαση δόσης είναι τα σαλικυλικά, τα ναρκωτικά, τα καταπραϊντικά, τα ηρεμιστικά και τα αντιψυχωτικά.

α) Εκτίμηση κατάσταση παιδιού

1. Ιστορικό υγείας

- Προηγούμενη κατάχρηση φαρμάκων. Ποια φάρμακα είναι διαθέσιμα στο παιδί.
- Τυχόν πολλαπλές δόσεις και τύπος συνδυασμού των αποτελεσμάτων τους. Παράδειγμα: Ένα παιδί πήρε μεγάλες δόσεις Dilantin, ατροπίνης, ασπιρίνης, Nebutal, θυροξίνης και Percodan. Ήταν απνοϊκό, κωματώδη, υπεραιμικό και υπερτασικό.
- Αρχικά συμπτώματα που μπορεί να υποδηλώνουν το ληφθέν φάρμακο και ίσως και άλλες παθολογικές καταστάσεις. Παράδειγμα: Για ένα παιδί (ηλικίας περίπου 12 ετών) υπήρχε υπόνοια ότι είχε πάρει μεγάλες ποσότητες (δόσεις ασπιρίνης, ώσπου οι γονείς ανέφεραν ότι είχε παρουσιάσει έναν ξαφνικό έντονο πονοκέφαλο, για

τον οποίο πήρε μεγάλη δόση ασπιρίνης. Η τελική διάγνωση ήταν υπαραχνοειδές αιμάτωμα.

Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς

- Αρχικά, σημείωση αναπνοών και αρτηριακής πίεσης και θεραπεία αν αυτά τα ζωτικά σημεία επιδεινώνονται.

- Προσεκτική γενική και νευρολογική εξέταση, με ιδιαίτερη προσοχή στα ακόλουθα:

- επίπεδο συνείδησης

- αντίδραση κόρης

- κινήσεις βολβών και βλεφάρων

- αντίδραση κερατοειδούς

- βυθός οφθαλμού

- φαρυγγικά αντανακλαστικά

- αντίδραση στο πόνο

- εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά

- Προσοχή για καταστάσεις που μπορεί να εκληφθούν ως υπερβάσεις δόσεις, όπως εν τω βάθει υποσκληρίδιο αιμάτωμα, μηνιγγίτιδα, υπαραχνοειδής αιμορραγία και όγκος εγκεφάλου.

- Παρατήρηση για παρουσία συνδεμένων με υπέρβαση δόσης ή επιπρόσθετων παθολογικών καταστάσεων:

- πνευμονία από εισρόφηση

- πνευμονικό οίδημα

- καρδιακές αρρυθμίες

- ηπατίτιδα

- υποξία βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα.

- Σημείωση παρουσίας νευροπαθειών και μυοπαθειών εξαιτίας πίεσης, που είναι συνηθισμένες σε αρρώστους που δεν κινηθηκαν για αρκετές ώρες.

- Τεκμηρίωση κάθε δερματικής αλλοίωσης, τραύματος, εκχύμωσης και εμφανούς νευροπάθειας (για ιατροδικαστικούς σκοπούς)

Διαγνωστικές εξετάσεις

α) Γενική αίματος

β) Ανάλυση ούρων

γ) Ηλεκτρολύτες

δ) Ηπατικές δοκιμασίες

ε) Σάκχαρο αίματος

στ) Αέρια αρτηριακού αίματος

ζ) ΗΚΓ

η) Ακτινογραφία θώρακα

θ) Τοξικολογική εξέταση αίματος, ούρων, γαστρικού υγρού.

β) Προβλήματα παιδιού

1. Υποξαιμία, υποξία ιστών (μειωμένη αναπνευστική λειτουργία, απαρρίθμηση καρδιαγγειακού συστήματος).

2. Ανισοζύγιο νερού, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικό.

3. Θρεπτικό ανισοζύγιο.

4. Περιορισμό δραστηριοτήτων (κωματώδη κατάσταση)

5. Μεταβολικές διαταραχές (Υπατική πιθανή βλάβη)

6. Ελλιπής απεκκριτική λειτουργία (μείωση νεφρικής λειτουργίας).

7. Πιθανές υπολειμματικές βλάβες.

8. Συγκινησιακές και κοινωνικές επιπτώσεις.

γ) Σκοπός φροντίδας

1. Αποκατάσταση βατότητας αεραγωγού και επάρκειας αερισμού.

2. Αποκατάσταση ισορροπίας νερού και ηλεκτρολυτών.

3. Αποκατάσταση επαρκούς κυκλοφορίας

4. Αποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας

5. Ελαχιστοποίηση υπολειμματικής βλάβης του νευρικού συστήματος και του ήπατος.

6. Συγκινησιακή υποστήριξη

δ) Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Αν το επίπεδο συνείδησης και η κατάσταση προσανατολισμού του παιδιού είναι διαταραγμένα, παραμονή του στο νοσοκομείο.

2. Παροχή βοήθειας στη διασωλήνωση του παιδιού, αν οι αναπνοές είναι επιπόλαιες και υπάρχει κυάνωση και απουσία φαρυγγικών αντανακλαστικών ή αν υπάρχει ένδειξη για αναπνευστική ανεπάρκεια.

3. Δεν γίνεται οσφουονωτιαία παρακέντηση, αν ο άρρωστος έχει τραύμα κεφαλής, οίδημα οπτικής θηλής ή εστιακά νευρολογικά σημεία.

4. Οσφουονωτιαία παρακέντηση, αν ο άρρωστος είναι σε κωματώδη κατάσταση, έχει ψηλή θερμοκρασία ή αυχενική δυσκαμψία.

5. Συνοδεία παιδιού για ακτινογραφία κρανίου, εάν παρουσιάζει ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

α) κώμα

β) λήθαργο

γ) Σύγχυση

δ) Σημεία τραύματος κεφαλής

ε) Οίδημα οπτικής θηλής

ζ) Εστιακά Νευρολογικά ευρήματα.

6. Χορήγηση ιπεκακουάνας ή πλύση στομάχου

α) Η ιπεκακουάνα είναι χρήσιμη στον καθαρισμό του στομάχου από φάρμακα, μόνο όταν χορηγείται πριν την απορρόφηση τους. Χορηγείται με σύνεση, με παράλληλη πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών από το στόμα, για έκπλυση του στομάχου.

Προσοχή για αποφυγή εισρόφησης του περιεχομένου του στομάχου κατά τη διάρκεια εμετού. Αν είναι γνωστό το παιδί ότι πήρε κατασταλτικά ταχείας δράσης, δεν χορηγείται ιπεκακουάνα, γιατί το παιδί είναι ήδη ληθαργικό όταν αρχίσει να κάνει εμετό. Ιπεκουάνα δεν χορηγείται:

- σε ληθαργικό άρρωστο παιδί
- σε άρρωστο παιδί που πήρε υδρογονανθρακικές ενώσεις.
- σε άρρωστο παιδί από τον οποίο απουσιάζει το φαρυγγικό αντανακλαστικό.

β) Η πλύση στομάχου, που γίνεται σ' όλα τα ληθαργικά και κωματώδη παιδιά, μπορεί να διενεργηθεί ακόμη και όταν περάσουν αρκετές ώρες από τη λήψη του φαρμάκου.

- Εισαγωγή στο στομάχι, σωλήνα μεγάλης διαμέτρου με πολλές οπές.
- Τοποθέτηση κεφαλής χαμηλότερα από τη μέση.
- Χρήση διαλύματος χλωριούχου νατρίου 0,9% (θερμοκρασία σώματος) 100 – 200ml κάθε φορά.
- Συνέχιση ώσπου να βγει το υγρό καθαρό. Συνήθως είναι αρκετά 2-5L. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που μπορεί να χρειαστούν και 10L.
- Αποστολή δειγμάτων 5 – 10ml υγρού πλύσης στο τοξικολογικό εργαστήριο.

7. Η γενική αγωγή για όλες τις τοξικώσεις φαρμάκων περιλαμβάνει:

α) Συχνή παρακολούθηση κάθε 15-30min για σημείωση αλλαγών

σε:

- επίπεδο συνείδησης
- ζωτικά σημεία
- κόρες οφθαλμών
- εστιακά νευρολογικά σημεία.

β) Βρογχική παροχέτευση για εκκρίσεις, συχνή τραχειακή αναρρόφηση.

γ) Ενδοφλέβια γραμμή με 5% D/W για χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

δ) Γύρισμα και τακτοποίηση θέσης στο κρεβάτι κάθε 2 ώρες, για πρόληψη κατακλίσεων και νευροπαθειών.

ε) Προστατευτική φροντίδα οφθαλμών.

στ) Σύνδεση με καρδιακό μόνιτορ, αν υπάρχει κίνδυνος αρρυθμιών.

8. Η παρουσία ή μη υποξικής εγκεφαλικής βλάβης δεν πρέπει να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της θεραπείας στο τμήμα επειγουσών καταστάσεων. Ορισμένα φάρμακα προκαλούν σταθεροποίηση της κόρης και νευρολογική καταστολή που φθάνει τα όρια του θανάτου κι όμως το θύμα μπορεί να αναρρώσει πλήρως. Μόνο όταν επιμένουν οι εκδηλώσεις υποξικής εγκεφαλικής βλάβης αρκετές μέρες μετά το επεισόδιο (όταν η στάθμη του φαρμάκου στο αίμα έχει υποχωρήσει σε μηδενικά επίπεδα), απαιτείται παρέμβαση.

9. Βοήθεια για αιμοκάθαρση ή προκλητή έντονη διούρηση.

α) Η αιμοκάθαρση είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε δηλητηρίαση με αιθυλική γλυκόζη και όταν παρατείνεται το βαθύ κώμα (φαινοβαρβιτάλη ή plasydyl).

β) Η προκλητή έντονη διούρηση και η αλκαλοποίηση των ούρων είναι γενικά μικρής αξίας και επικίνδυνη ειδικά σε αρρώστους με νεφρική ή καρδιακή ανεπάρκεια. Είναι αποτελεσματική σε δηλητηριάσεις από ασπιρίνη.

10. Αν τα συμπτώματα του παιδιού επιδεινώνονται μετά από 24 ώρες, αναζήτηση άλλης αιτίας του κώματος.

11. Αναζήτηση συμβουλών νευρολόγου για κάθε παιδί που είναι σε λήθαργο ή κώμα.

12. Ψυχιατρική διερεύνηση σε όλους τους αρρώστους με φαρμακευτική δηλητηρίαση. Οι άρρωστοι περιορίζονται μέχρις ότου διαπιστωθεί ότι δεν αποτελούν άμεσο κίνδυνο για τους εαυτούς τους και για τους άλλους.

3.3 Τροφική δηλητηρίαση

1. Αλλαντίαση

Συμβαίνει 18-36 ώρες μετά τη λήψη κακώς επεξεργασμένης κονσερβοποιημένης τροφής. Η πρόγνωση εξαρτάται από την ποσότητα της τοξίνης που λαμβάνεται σε σχέση με το βάρος του σώματος.

2. Βακτηριακή τροφική δηλητηρίαση

Συμβαίνει 2 ώρες μετά τη λήψη σταφυλοκοκκικής εντεροτοξίνης με τροφές που είχαν επιμολυνθεί από σταφυλόκοκκο τις προηγούμενες 2-12 ώρες. Ακόμη, μπορεί να προκληθεί και από διάφορα μικρόβια, όπως η σαλμονέλα, οπότε τα μικρόβια παρουσιάζονται σε 8 ή περισσότερες ώρες μετά τη λήψη τροφής.

3. Χημική τροφική δηλητηρίαση

Είναι αποτέλεσμα λήψης όξινων τροφών που τοποθετήθηκαν σε δοχεία επικαλυμμένα με αντιμόνιο, κάδμιο, μόλυβδο ή ψευδάργυρο, ή άπλυτων φρούτων και λαχανικών που ψεκάστηκαν με σκευάσματα που περιέχουν άλατα των πιο πάνω μετάλλων. Μπορεί ακόμη να προκληθεί από συντηρητικά τροφίμων και υποκατάστατα ζάχαρης και αλατιού.

α) Εκτίμηση κατάστασης παιδιού

1. Τα συμπτώματα της **αλλαντίασης** περιλαμβάνουν:

- α) Γαστρεντερικές διαταραχές
- β) Διαταραχές όρασης
- γ) Πτώση βλεφάρων
- δ) Πτώση αρτηριακής πίεσης
- ε) Δυσκολία στην ομιλία και την κατάποση
- στ) Δύσπνοια
- ζ) Αργότερα, παράλυση των μυών του τραχήλου
- η) Κώμα και θάνατο από αναπνευστική παράλυση.

2. Τα συμπτώματα της **βακτηριακής τροφικής δηλητηρίασης** περιλαμβάνουν:

- α) Ίλιγγο
- β) Αδυναμία
- γ) Γενική κακουχία
- δ) Σιαλόρροια
- ε) Ναυτία, εμετό
- στ) Τεινεσμό
- ζ) Διάρροια
- η) Μυϊκές κράμπες
- θ) Shock

3. Τα συμπτώματα της **χημικής τροφικής δηλητηρίασης** περιλαμβάνουν:

- α) Ναυτία, εμετό
- β) Διάρροια .(Χρυσανθόπουλος,2006)

β) Προβλήματα αρρώστου

1. Υποξαιμία Υποξία (ανεπαρκής αερισμός, κυκλοφορική κατάπλυση)
2. Ανισοζύγιο νερού, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικό
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (εμετοί, διάρροια)
4. Περιορισμός δραστηριοτήτων (κώμα)
5. Πόνος, δυσχέρεια
6. Κίνδυνοι από σπασμούς.

γ) Σκοποί φροντίδας

1. Διατήρηση αναπνευστικής λειτουργίας
2. Αποκατάσταση υδατοηλεκτρικής ισορροπίας
3. Ελαχιστοποίηση νευρολογικής υπολειμματικής βλάβης
4. Θεραπεία shock ή πρόληψη επικείμενου shock
5. Απαλλαγή από πόνο και δυσχέρεια
6. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης
7. Αποφυγή μελλοντικών επεισοδίων δηλητηρίασης.

δ) Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Ενίσχυση του πνευμονικού αερισμού, ανάλογα με την κατάσταση (οξυγόνο με ρινική κάνουλα, καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, μηχανικός αερισμός)
2. Θεραπεία του κάθε τύπου δηλητηρίασης:
 - α) Αλλαντίαση
 - Άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο για θεραπεία με ιριθενή ανατοξίνη αλλαντίασης.
 - Συμπτωματική και υποστηρικτική θεραπεία, σύμφωνα με τις ενδείξεις.

- Εμετικά και πλύση, που είναι μικρής αξίας όταν περάσουν 12 ώρες από τη λήψη.
- Διεγερτικά και οξυγονοθεραπεία, συνήθως ενδύκνεται.

β) Βακτηριακή τροφική δηλητηρίαση

- Άμεση κένωση στομάχου με εμετικά και γαστρική πλύση, που παρακολουθείται από χορήγηση ενεργοποιημένου άνθρακα.
- Καστορέλαιο 30mL ή 0,2gr Καλομέλα (HgCl) από το στόμα.
- Καταπολέμηση του πόνου με θειική μορφίνη.
- Απαλλαγή από τον τεινισμό και τη διάρροια με 1gr. υπανθρακικού βισμούθιου ή 7,5gr καολίνης από το στόμα. Παρηγορικό (μίγμα σκόνης οπίου, λαδιού, γλυκάνισου, βενζοϊκού οξέος, καμφοράς και γλυκερίνης, διαλυμένων σε αλκοόλ) 4-8mL μπορεί να χορηγείται από το στόμα, μετά από κάθε διαρροϊκή κένωση.
- Παραμονή στο νοσοκομείο και ψυχολογική ενίσχυση αν υπάρχει shock και μεγάλου βαθμού αφυδάτωση.

γ) Χημική τροφική δηλητηρίαση

- Εμετικά, που ακολουθούνται από πλύση (αν δεν έχει γίνει εμετός μεγάλης ποσότητας)
- Ενεργοποιημένος άνθρακας σε νερό από το στόμα.
- Καθαρτικά άλατα
- Θεϊκή ατροπίνη, 0,5mg υποδόρια
- Υπανθρακικό βισμούθιο peros.
- Ειδική για το ανάλογο μέταλλο θεραπεία.

- 3.** Διδασκαλία αρρώστου και οικογένειάς του για τη σωστή διατήρηση και παρασκευή των σιτιών που επιμολύνονται εύκολα.

ε) Αξιολόγηση

1. Επίσκεψη κοινοτικού νοσηλευτή στο σπίτι του παιδιού για περισσότερη διδασκαλία και για αξιολόγηση της ανάρρωσής του.
2. Όλες οι περιπτώσεις δηλητηριάσεων πρέπει να αναφέρονται στο τοπικό υγειονομικό τμήμα.

3.4 Δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα

α) Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Ιστορικό υγείας

- Τρόπος έκθεσης στο αέριο.
- Χρόνος έκθεσης, άμεση θεραπεία που δόθηκε.
- Ιστορικό κατάθλιψης, προσπάθεια αυτοκτονίας.
- Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, χρήση φαρμάκων, αλλεργίες.

2. Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς

- Χείλη κεράσι ή κόκκινου χρώματος.
- Γαλήνια έκφραση
- Πυρετός
- Μικροί μυϊκοί σπασμοί μυών του προσώπου.
- Ωχρότητα δέρματος

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- Αέρια αρτηριακού αίματος
- Γενική αίματος

- Ηλεκτρολύτες ορού

β) Προβλήματα παιδιού

1. Υποξαιμία, υποξία (ελλιπής ανταλλαγή O_2 , πιθανή μυοκαρδιακή διεγερσιμότητα).
2. Ανισοζύγιο νερού. Ηλεκτρολυτών, οξεοβασικό (πυρετός, υποξία).
3. Περιορισμός δραστηριοτήτων (κώμα).
4. Κίνδυνοι από σπασμούς.
5. Κίνδυνοι υπολειμματικής νευρολογικής βλάβης.
6. Συγκινησιακά προβλήματα ίσως μακροχρόνια, αν η δηλητηρίαση οφείλεται σε απόπειρα αυτοκτονίας.

γ) Σκοποί φροντίδας

1. Αποκατάσταση λειτουργίας αερισμού.
2. Διατήρηση ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής
3. Πρόληψη ή θεραπεία μυοκαρδιακής διεγερσιμότητας.
4. Ελαχιστοποίηση νευρολογικής υπολειμματικής βλάβης.
5. Συγκινησιακή υποστήριξη.

δ) Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Μετά την απομάκρυνση από το χώρο δηλητηρίασης και τη διαπίστωση βατότητας του αεραγωγού, τεχνητή αναπνοή, αν χρειάζεται. Χορήγηση O_2 95-100% με θετική πίεση με ενδοτραχειακό σωλήνα ή μάσκα προσώπου.
2. Φλεβοκέντηση για εξασφάλιση ενδοφλέβιας γραμμής. Χορήγηση διαλύματος δεξτρόζης (5%) 100 mL, αργά.
3. Λήψη μέτρων για την αποφυγή ρίγους.
4. Παραμονή στο νοσοκομείο για παρακολούθηση και εφαρμογή υποστηρικτικής θεραπείας (συμπεριλαμβανομένων και μεταγγίσεων).

5. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να εφαρμοστεί υποθερμία.
6. Δεν χορηγούνται μορφίνη, θειϊκή ατροπίνη και συνθετικά ναρκωτικά.
7. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου και μετά την ανάρρωση του από τη δηλητηρίαση. Μπορεί να παρουσιαστούν όψιμα μυοκαρδιακά και νευρολογικά συμπτώματα, που απειλούν τη ζωή του.

3.5 Αντιμετώπιση

Η πρώτη ενημέρωση του προσωπικού υγείας, στην τηλεφωνική επικοινωνία με τους γονείς, είναι η αξιολόγηση της κατάστασης του παιδιού και ο χρόνος λήψης της τοξικής ουσίας.

Εάν το παιδί παρουσιάζει συμπτώματα θα πρέπει επειγόντως να μεταφερθεί σε περιβάλλον για να προσφερθεί η ανάλογη θεραπευτική αντιμετώπιση. Το όνομα και τηλέφωνο των γονέων είναι απαραίτητο να καταγραφούν στην πρώτη αυτή επικοινωνία. Εάν υπάρχει ιπεκακουάνα στο σπίτι –θα πρέπει να υπάρχει σε κάθε σπίτι- και δεν έχουν περάσει από 30-60 λεπτά, συνιστάται η χορήγησή της μαζί με ένα ποτήρι χλιαρού νερού ή αλατόνερου προτού ξεκινήσουν απ' το σπίτι με κατεύθυνση το πλησιέστερο θεραπευτικό κέντρο. Καθυστέρηση στη χορήγηση της ιπεκακουάνα οδηγεί σε μεγαλύτερη απορρόφηση της ουσίας και σοβαρότερη δηλητηρίαση. Τα απαραίτητα μέτρα για τους εμετούς, θα πρέπει να ληφθούν στη διάρκεια που το παιδί μεταφέρεται στα εξωτερικά ιατρεία, ώστε οι επιλοκές από τον εμετό (εισρόφηση) να ελαχιστοποιηθούν και αποφευχθούν. Οι γονείς θα πρέπει να πάρουν μαζί τους την ουσία που καταναλώθηκε ή το σκεύος που περιείχε την ουσία ώστε η ταυτοποίησή της να καταστεί εύκολη. Το περιεχόμενο του εμετού και τα ούρα θα πρέπει να διατηρηθούν ώστε να απλοποιηθεί και συντομευθεί η αναγνώριση της ουσίας που καταναλώθηκε.

4. Κατάποση ξένων σωμάτων

4.1. Γενικά στοιχεία

Τα παιδιά λόγω του αυξημένου αισθήματος περιέργειας που τα διακατέχουν, οδηγούνται στη τοποθέτηση του στόματός τους και γενικά στην κατάποση, οτιδήποτε μπορούν να πιάσουν με τα χέρια τους, μικροαντικειμένων (αυτοκινητάκια, μπίλιες, τσίχλες, βίδες, πινέζα, κομμάτι γυαλιού). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την απόφραξη ή τον τραυματισμό του ανώτερου αεραγωγού. Τραύμα του ανώτερου αεραγωγού είναι κάθε δομική και λειτουργική διαταραχή, που προκαλείται από απόφραξη, στένωση, απόσπαση, απώλεια οστικής ή χονδρικής ακεραιότητας, ρήξεις και διατρήσεις ή από παράλυση. Τα ανατομικά μέρη που περιλαμβάνονται είναι:

- α) μύτη, με ή χωρίς τους κόλπους
- β) ρινοφάρυγγας
- γ) στοματοφάρυγγας
- δ) λάρυγγας
- ε) τραχεία

4.2. Εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού

α) Ιστορικό υγείας

- Περιγραφή μηχανισμού που προκάλεσε τη βλάβη.
- Θέση σώματος κατά την ώρα του ατυχήματος.
- Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, ειδικά παθήσεις αναπνευστικού, συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων και αλλεργιών.
- Σημείωση αν έχει σχέση με την εργασία του.
- Σημείωση μετάγγισης που τυχόν έγινε.

- Σημείωση αν το παιδί έκανε εμετό.

β) Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς

- Σημεία εξωτερικής ή εσωτερικής αιμορραγίας.
- Ασφυξία, δύσπνοια, βίαιες εισπνευστικές προσπάθειες.
- Ρογχώδεις αναπνοές
- Παραμόρφωση μύτης, αυχένα, προσώπου.
- Οξείς, ψιλοί ήχοι κατά την εισπνοή, εκπνοή (ξένα σώματα).
- Κίνηση αέρα που προκαλεί συριγμό.
- Πνιγμός, βήχας
- Κριγμός
- Υποδόριο εμφύσημα
- Κατάγματα, εξάρθραματα
- Ορατά ξένα σώματα
- Αποχρωματισμός δέρματος και των βλεννογόνων, κυάνωση.
- Σπασμένα, εκτοπισμένα, αποσπασμένα δόντια.
- Οίδημα
- Πόνος
- Απώλεια αίσθησης, φαρυγγικών αντανακλαστικών και αντανακλαστικών κατάποσης.
- Απώλεια φωνής
- Έμετος

γ) Διαγνωστικές εξετάσεις

- Ακτινογραφίες
- Ακτινοσκόπηση
- Λαρυγγοσκόπηση
- Χειρουργική παρέμβαση για ερευνητικό σκοπό (ξένα σώματα)
- Αέρια αρτηριακού αίματος για υποξαιμία, αναπνευστική οξέωση, αλκάλωση.

- Γενική αίματος, για όλες τις βλάβες που συνοδεύονται από αιμορραγία.
- Καλλιέργειες διαρρέοντος αίματος για όλα τα μαζικά τραύματα, που περιλαμβάνουν τους αεραγωγούς του προσώπου και του λαιμού.

4.3. Προβλήματα παιδιού

1. Ελλιπής διακίνηση O₂ (απόφραξη αεραγωγού, shock, αιμορραγία).
2. Ανισοζύγιο υγρών
3. Οξεοβασικό ανισοζύγιο
4. Θρεπτικό ανισοζύγιο (διαταραχές κατάποσης).
5. Κίνδυνοι επιπλοκών (εισροφήσεις, σήψη, μόλυνση εγκεφαλονωτιαίου υγρού).
6. Πόνος, δυσχέρεια
7. Αλλαγή σωματικού ειδώλου
8. Φόβος, αγωνία, κατάθλιψη
9. Μειωμένη επικοινωνία (απώλεια φωνής)
10. Οικονομικές επιπτώσεις

4.4. Σκοπός φροντίδας

1. Επανεγκατάσταση ακεραιότητας αεραγωγού.
2. Έλεγχος αιμορραγίας.
3. Αφαίρεση ξένου σώματος και μείωση τοπικού ερεθισμού.
4. Διόρθωση ανισοζυγίου υγρού και οξεοβασικής ισορροπίας.
5. Διόρθωση οξυγόνωσης ιστών.
6. Μείωση επιπλοκών και υπολειμματικών ανικανοτήτων.
7. Απαλλαγή από πόνο, φόβο και αγωνία.
8. Επαναφορά της φυσιολογικής φωνητικής επικοινωνίας.

9. Διόρθωση δυσμορφικού προσώπου και λαιμού (μακροπρόθεσμος στόχος).

4.5. Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Αποκατάσταση αεραγωγού με εισαγωγή ενδοτραχειακού ή ρινοτραχειακού σωλήνα η με ανάλογη τοποθέτηση της κεφαλής, του αυχένα και της γνάθου (εκτός αν αντενδείκνυται) ή με κρικοθυρεοειδεκτομή.
2. Άρση της απόφραξης, με ενθάρρυνση του παιδιού που έχει συνείδηση του περιβάλλοντος, να βήξει βίαια. Στο κωματώδες παιδί, εγκατάσταση αεραγωγού και προσπάθεια αερισμού. Αν δεν είναι δυνατός ο αερισμός, εφαρμογή τεσσάρων πλήξεων στη ράχη, τεσσάρων ωθήσεων με τα χέρια και εξέταση του στόματος με τα δάχτυλα για αφαίρεση του ξένου σώματος. Νέα προσπάθεια αερισμού. Αν και πάλι είναι αδύναμος ο αερισμός, επανάληψη των παραπάνω και νέα προσπάθεια για αερισμό.
3. Αναρρόφηση διαμέσου αεραγωγού.
4. Αρχική χορήγηση 5-10 L/min Οξυγόνου 100% και παρακολούθηση των αερίων του αρτηριακού αίματος για συνέχιση της θεραπείας.
5. Έλεγχος αιμορραγίας με ρινικό ή ρινοφαρυγγικό πωματισμό, σπρέι επινεφρίνης, απολίνωση, θεραπεία της υποκείμενης αιτίας ή χειρουργική επιδιόρθωση, ανάλογα.
6. Τοποθέτηση σε ογκομετρικό αναπνευστήρα, αν η ρήξη των αεραγωγών είναι σοβαρή και αν υπάρχει μεγάλου βαθμού οίδημα.
7. Χορήγηση μυοχαλαρωτικών κάτω από επίβλεψη ιατρού, όταν η αφαίρεση του ξένου σώματος είναι αδύνατη εξαιτίας σπασμού. Ετοιμασία για υποστήριξη του αερισμού του παιδιού με σάκο αναπνοής θετικής πίεσης ή με μηχανισμό αναπνευστήρα.

8. Εγκατάσταση ενδοφλέβιας γραμμής με συσκευή μεγάλης διαμέτρου για χορήγηση φαρμάκων χρησιμοποιώντας 1000 mL διαλύματος γλυκόζης 5% σε νερό.
9. Έναρξη ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών με συσκευή μεγάλης διαμέτρου για χορήγηση φαρμάκων χρησιμοποιώντας 1000mL διάλυμα Ringer και συνέχιση μ' άλλα κατάλληλα διαλύματα ή αίμα.
10. Προσεχτική χορήγηση αναλγητικών ή κατευναστικών.
11. Έναρξη θεραπείας με αντιβιοτικά ευρέος φάσματος, αν έχει γίνει μόλυνση του τραύματος ή υπάρχει διαρροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού.
12. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων, ειδικά για μεταβολές στον τύπο και τον ρυθμό της αναπνοής.
13. Ετοιμασία παιδιού με διατηρητικό τραύμα τραχήλου, για άμεση χειρουργική επέμβαση.
14. Χορήγηση αντιτετανικού ορού, αν το άτομο κινδυνεύει από τέτανο.
15. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης στο παιδί και την οικογένειά του.

4.6. Αξιολόγηση

1. Συνεχής παρακολούθηση των αποτελεσμάτων παρέμβασης:
 - α) αναπνευστική λειτουργία.
 - β) έλεγχος αιμορραγίας.
 - γ) αποκατάσταση διαταραχών οξεοβασικής ισορροπίας και εκείνης του νερού και των ηλεκτρολυτών.
 - δ) Απαλλαγή από πόνο.
 - ε) Μείωση αγωνίας.

2. Νέα αξιολόγηση της αντιβιοτικής θεραπείας όταν είναι έτοιμα τα αποτελέσματα της καλλιέργειας.
3. Ετοιμασία αρρώστου για μεταφορά του στη μονάδα εντατικής θεραπείας ή στο χειρουργικό τμήμα. .(Χρυσανθόπουλος,2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Ατυχήματα εκτός σπιτιού

Ατυχήματα έξω από το σπίτι

Ατυχήματα στα παιδιά συμβαίνουν και έξω από το σπίτι. ατυχήματα μπορούν να γίνουν στο δρόμο, στην αυλή του σπιτιού αλλά και στις εξοχές στο βουνό ή στη θάλασσα.

1. Ατυχήματα που συμβαίνουν στους δρόμους (τροχαία)

Ατύχημα στο παιδί μπορεί να συμβεί όταν παίζει στις αυλές ή τους δρόμους ή όταν οδηγεί ποδήλατο, μμηχανάκι ή αυτοκίνητο. 400 παιδιά πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω τροχαίων ατυχημάτων. 20.000 νοσηλεύονται στα Νοσοκομεία λόγω σοβαρών τραυματισμών ή κακώσεων. Συνήθως είναι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κατάγματα, κακώσεις θώρακα και κοιλίας. 400.000 περίπου παιδιά τραυματίζονται ελαφρά (περιπατικοί ασθενείς). Υπολογίζεται ότι το 20% του παιδικού πληθυσμού περνά από κάποιο νοσοκομείο μια φορά το χρόνο για την αντιμετώπιση μικροτραυματισμών συνεπεία τροχαίων ατυχημάτων. Στην Αμερική το 36-38% των παιδιών και των εφήβων υφίσταται κάποια κάκωση που καταλήγει στο νοσοκομείο και περιορίζει τη δραστηριότητα του παιδιού για μια μέρα τουλάχιστον.

Η πιθανότητα να τραυματιστεί ένα παιδί στο δρόμο είναι ανάλογη με το ενδεχόμενο να νοσήσει από φυματίωση ή άλλο νόσημα. Μεγάλο ρόλο στη δημιουργία ατυχήματος στο δρόμο παίζουν πολλοί παράγοντες, οι σπουδαιότεροι είναι οι οδηγοί, η κατάσταση των δρόμων, η κατάσταση των τροχοφόρων (αυτοκίνητα, ποδήλατα, μηχανάκια) και η κατάσταση του θύματος.

Οι οδηγοί ευθύνονται σε πολύ μεγάλο ποσοστό για το ατύχημα. Τα αυτοκίνητα κινούνται σύμφωνα με τη βούληση των οδηγών. Επομένως η

σωματική υγεία, η ψυχική υγεία, η ηλικία, το διανοητικό επίπεδο, η δεξιοτεχνία, η σωστή εκπαίδευση, ο σεβασμός των κανόνων οδικής κυκλοφορίας, η χρήση αλκοολούχων ποτών, η κατάχρηση άφθονου φαγητού, παίζουν σημαντικό ρόλο για την επέλευση ή την αποφυγή τροχαίου ατυχήματος. Η ψυχοσύνθεση των οδηγών παίζει πολύ μεγάλο ρόλο στη δημιουργία του ατυχήματος. Νεαρά παιδιά ή έφηβοι ηδονίζονται να κινούνται με υπερβολική ταχύτητα με κάθε τροχοφόρο. Δεν είναι λίγες οι φορές που βλέπουμε στους δρόμους παιδιά να οδηγούν τη μοτοσυκλέτα τους ή το ποδήλατό τους στον ένα τροχό (σούζες). Έτσι βλέπουν τους εαυτούς τους αλλά και τους άλλους.

Το αυτοκίνητο συμμετέχει πολύ συχνά στην πρόκληση ατυχημάτων σε πεζούς αλλά και σε εποχούμενους (παιδιά ή ενήλικες). Τα μικρά αυτοκίνητα είναι περισσότερο επικίνδυνα από τα μεγάλα. Η παλαιότητα ελαττώνει την αντοχή του αυτοκινήτου όπως και η φθορά των ελαστικών, των φρένων, των αμορτισέρ κλπ. αυξάνει τον κίνδυνο του ατυχήματος.

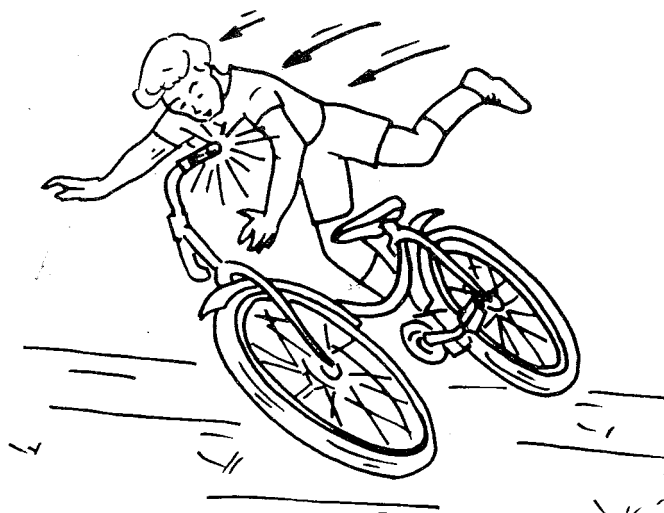
Δεν χρειάζεται να σας αναφέρω για τους ελληνικούς δρόμους που είναι γεμάτοι παγίδες ορατές ή αόρατες. Η στενότητα των ελληνικών δρόμων και η έλλειψη χώρων παιχνιδιού, εξαναγκάζουν πολλές φορές τα παιδιά να παίζουν σε πεζοδρόμια ή ανάμεσα σε αυτοκίνητα. Δεν είναι σπάνια τα ατυχήματα που συμβαίνουν όταν ένα παιδί «πετάγεται» ξαφνικά μπροστά στο τροχοφόρο από το πεζοδρόμιο. Κυριολεκτικά τα παιδιά «θυσιάζονται» στο Μολιόχ της ασφάλτου σαν πεζοί ή σαν επιβάτες, σπάνια σαν Οδηγοί ποδηλάτων ή μοτοποδηλάτων. Τα παιδιά πεζοί αντιπροσωπεύουν το 62% των τραυματισμών από τροχαία. Περισσότερα τροχαία συμβαίνουν στις πόλεις παρά στις αγροτικές περιοχές. Στα αγόρια συμβαίνουν πολλά περισσότερα ατυχήματα απ' ό,τι στα κορίτσια. Τα τροχαία στις ηλικίες 0-4 είναι λιγότερα, απ' ό,τι στις ηλικίες 5-9 ετών. Ο ιδιοσυστασιακός

χαρακτήρας του παιδιού συμμετέχει στη δημιουργία ατυχήματος. Το αφηρημένο, το απρόσεκτο, το απείθαρχο, το βίαιο, το υπερκινητικό, το ανίlustχο παιδί είναι πιο επιρρεπής σε ατύχημα στο δρόμο. Τα οικογενειακά προβλήματα πολλές φορές επιδρούν στον ψυχισμό του παιδιού και το κάνουν πιο ευάλωτο στην πρόκληση ατυχήματος.

Τα παιδιά σαν επιβάτες αυτοκινήτων είτε είναι νήπια, βρέφη ή μεγαλύτερα κινδυνεύουν μέσα στα αυτοκίνητα όταν δεν εφαρμόσουν τους κανόνες που τους ορίζει ο πατέρας τους ή ο οδηγός του αυτοκινήτου. Πολλές φορές έχουν εκσφενδονισθεί παιδιά από την αγκαλιά της μητέρας τους. Επίσης πολλές φορές έχουν ανοίξει τις πόρτες του αυτοκινήτου ενώ το όχημα βρίσκεται σε κίνηση.

Τα περισσότερα παιδιά ηλικίας μέχρι 14 ετών οδηγούν ποδήλατα. Από τα στατιστικά στοιχεία της πενταετίας 1980-1984 μόνο 35 από τα 60 παιδιά που σκοτώθηκαν οδηγούσαν το παιδοκτόνο ποδήλατο, τα υπόλοιπα 25 σκοτώθηκαν από παράνομη οδήγηση μοτοποδηλάτων, μοτοσυκλετών, αυτοκινήτων, τρικύκλων, τρακτέρ κ.λπ. Το ποδήλατο χρησιμοποιείται πολύ από τα παιδιά σχολικής ηλικίας για να μεταβαίνουν στο σχολείο τους ή για άσκηση, ή για ψυχαγωγία. Ο δείκτης θνησιμότητας ποδηλατιστών στην Αμερική είναι 8,3/1.000.000 παιδικού πληθυσμού. Ο αντίστοιχος δείκτης στην Ελλάδα είναι 3,2/1.000.000. Συχνές είναι οι κακώσεις της κοιλιάς (ρήξη ήπατος, σπληνός, παγκρέατος) λόγω πτώσεως από το ποδήλατο και κάκωση του κοιλιακού τοιχώματος από το τιμόνι του ποδηλάτου (εικόνα 2). Τα εποχούμενα ποδηλάτων παιδιά κινδυνεύουν όχι μόνο από τις παγίδες του δρόμου (λακούβες, άλλα αυτοκίνητα, ταχύτητα κ.λπ.) αλλά και από τις παγίδες του πεζοδρομίου όπως είναι οι κολώνες, οι κρουνοί, τα κουτιά τηλεφώνων, τα έργα, τα μηχανήματα των οργανισμών κοινής ωφελείας (ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΕΥ ΔΑΠ) όπως και

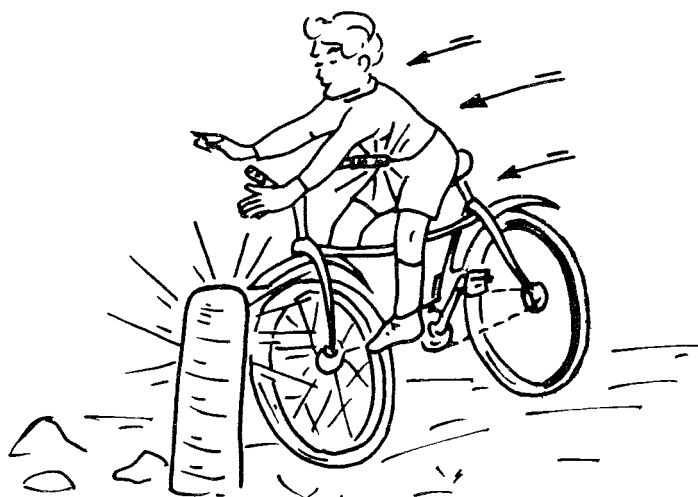
διάφορα άλλα αμετακίνητα αντικείμενα όπως όγκοι τούβλων, πετρών, μπαζών, ξύλων Κ.λπ. (εικόνα 3).



Εικόνα 2.
Ποδήλατο.
Μηχανισμός

Πτώση από το
δημιουργίας

κοιλιακών κακώσεων.



Εικόνα 3. Σύγκρουση ποδηλάτου με αντικείμενα στο πεζοδρόμιο.
Μηχανισμός δημιουργίας κρανιοεγκεφαλικών και άλλων κακώσεων.

Ατυχήματα στην αυλή των αγροτικών σπιτιών αλλά και στους γύρω αγροτικούς δρόμους μπορούν να συμβούν σε παιδιά που παίζουν αμέριμνα (εικόνα 4). Από αμέλεια και έλλειψη γνώσης έχουν συμβεί ατυχήματα από πτώση σε λάκκους αφύλακτους, σε στέρνες, σε υπονόμους, σε λάκκους με ασβέστη παιδιών ηλικίας 1.4 ετών. Επίσης συχνά είναι τα ατυχήματα στην επαρχία από λακτίσματα ή δαγκώματα ζώων, (άλογα, γαϊδούρια, σκύλοι κ.λπ.) (εικόνα 5).



Εικόνα 4. Ατυχήματα στην αυλή του σπιτιού. Πτώση επί αντικειμένων

2. Δήγματα

2.1.Γενικά στοιχεία

Δήγμα εντόμου είναι το τρύπημα των ιστών με κεντρί εντόμου και η απελευθέρωση δηλητηρίου (αντιγόνου τοξικής ξένης πρωτεΐνης) μέσα σ' αυτούς. Το κεντρί μπορεί να αγκιστρωθεί στο δέρμα και να μείνει εκεί μετά την απομάκρυνση του εντόμου. Ο σάκος με δηλητήριο εξακολουθεί να συστέλλεται 1-3 min ενίοντας περίπου, επιόντας έτσι περισσότερο δηλητήριο. (ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2006)

Το δήγμα δηλητηριώδους φιδιού αφήνει στο δέρμα, εκτός από τα σημάδια των δοντιών, και εκείνα (πιο μεγάλα) των κυνοδόντων (βρίσκονται έξω από το περίγραμμα της οδοντοστοιχίας), από τους οποίους διοχετεύεται το δηλητήριο μέσα στους ιστούς.

Στην εξοχή, αλλά και μέσα στο σπίτι, υπάρχουν δηλητηριώδη φίδια, αράχνες, σφίγγες, μέλισσες, σκορπιοί κ.τ.λ. Κάθε χρόνο πολλά παιδιά είναι θύματα των φιδιών. Τα κυριότερα δηλητηριώδη φίδια στην Ελλάδα είναι δύο, η έχιδνα (οχιά) και ο αστρίτης (σαΐτα). Στη ράχη τους έχουν μία σταχτή μαύρη γραμμή, το κεφάλι είναι τριγωνικό, το χρώμα τους αλλάζει σύμφωνα με το περιβάλλον. Σηκώνονται και τινάζονται προς το θύμα, φωλιάζουν μέσα σε χαμόδεντρα, μαντρότοιχους, πέτρες. Το δάγκωμα της οχιάς πονά πάρα πολύ και η περιοχή του δαγκώματος διογκώνεται αμέσως (οίδημα). Το δηλητήριο της περιέχει αιματοτοξίνες και νευροτοξίνες που προκαλούν αιμόλυση και παράλυση νεύρων με τελική παράλυση του αναπνευστικού κέντρου. Ανάλογα, με το σημείο του σώματος, το χρόνο, την ποσότητα του δηλητηρίου έχουμε και τα ανάλογα συμπτώματα όπως ναυτία, έμετοι, ταχυκαρδία, παραλήρημα, δίψα, εσωτερική αιμορραγία, δύσπνοια, ταχύπνοια, ανακοπή, θάνατος. Όσο πιο μικρό είναι το παιδί τόσο πιο βαριά είναι η πρόγνωση.

2.2 Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Ιστορικό υγείας

α) Περιγραφή επεισοδίου.

β) Χρόνος που συνέβη και συμπτώματα που παρουσίασε το θύμα

γ) Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής, ειδικά αν το θύμα είναι υπέρτασικό, διαβητικό ή πάσχει από περιφερική αγγειακή νόσο. Στους υπέρτασικούς αναπτύσσεται υπογλυκαιμία, ενώ στην περιφερική αγγειακή νόσο αναστέλλεται η απορρόφηση του δηλητηρίου.

- δ) Ιστορικό αλλεργίας.
- ε) Φροντίδα που δόθηκε πριν τη διακομιδή στο νοσοκομείο.
- στ) Σημείωση αν ο άρρωστος κινδυνεύει από τέτανο.

2. Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς

- α) Σημεία αναφυλαξίας ή αγγειονευρωτικού οιδήματος.
- β) Έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας.
- γ) Παρακολούθηση για κυκλοφορική κατάποση νευροαγγειακού τύπου.
- δ) Εκτίμηση βαθμού πόνου και κνησμού.
- ε) Τοπική σκλήρωση, υπεραιμία και ερύθημα.
- στ) Δήγμα οχιάς. Τοπικές αντιδράσεις:
 - έντονος καυστικός πόνος.
 - διόγκωση και άφθονη αιμορραγία με δύο τραύματα παρακέντησης.
 - ανάπτυξη πομφόλυγων μέσα σε μία ώρα, που γίνονται πολύ μεγάλες και αιμορραγικές.

Οι γενικές αντιδράσεις οφείλονται στην είσοδο του δηλητηρίου στη γενική κυκλοφορία και στην αντιπηκτική του ιδιότητα και είναι μικροί μυϊκοί σπασμοί, συχνά γύρω από το στόμα, γαστρεντερική αιμορραγία, ναυτία, εμετοί, εφίδρωση, ταχυκαρδία, υπόταση, συγκοπή και κώμα, υπόπνοια και αναπνευστική ανακοπή.

ζ) Δήγματα σκορπιού. Τα μη θανατηφόρα προκαλούν:

- τοπικό πόνο, οίδημα
- αναφυλαξία (μερ. φορ.)

Τα θανατηφόρα δεν προκαλούν ορατές τοπικές αντιδράσεις, ο άρρωστος παρουσιάζει υπερευαισθησία, που ακολουθείται από υπαισθησία και μούδιασμα, ζάλη, γενικευμένο πόνο, κνησμό στη

μύτη, το στόμα και το λαιμό, εμέτους, απώλειες και σπασμούς. Μπορεί να υπάρχει αναπνευστική και κυκλοφορική καταστολή. Τα συμπτώματα διαρκούν 24-48 ώρες

η) Κέντρισμα μεγάλης σφήκας. Τοπικές αντιδράσεις:

- αίσθημα τσιμπήματος καρφίτσας.
- ερυθρότητα και έπαρμα.
- τοπικός πόνος, κνησμός και οίδημα.

Τοξικές αντιδράσεις, έμετοι, διάρροια, πονοκέφαλος, πυρετός μυϊκές συσπάσεις, σπάνια σπασμοί, λιποθυμία, κώμα. Οι όψιμες αντιδράσεις (ορονοσία) χαρακτηρίζονται από εξάνθημα, κνίδωση, λεμφαδενοπάθεια, μυαλγία, αρθραλγία και πυρετό.

Ασυνήθιστες αντιδράσεις είναι το νεφρωσικό σύνδρομο και για δήγματα γύρω από τα μάτια, η αιροφία ίριδας, ο καταρράκτης, το γλαύκωμα και η διάτρηση του βολβού.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- α) γενική αίματος, χρόνος πήξης και ροής, ηλεκτρολύτες, ουρία και σάκχαρο αίματος.
- β) γενική ούρων.
- γ) ομάδα και διασταύρωση αίματος.

2.3 Προβλήματα παιδιού

- 1. Ιστική υποξία (κακή λειτουργία αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος).**
- 2. Ανισοζύγιο υγρού (μαζική μετακίνηση υγρού).**
- 3. Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός).**
- 4. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετος, διάρροια).**
- 5. Κίνδυνοι από σπασμούς και κακή λειτουργία του νευρικού συστήματος.**

6. Πόνος και γενική δυσχέρεια.
7. Αλλαγή σωματικού ειδώλου (παραμόρφωση τοπική ή γενική).
8. Φόβος ή αγωνία.
9. Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

2.4 Σκοποί φροντίδας

1. Εξουδετέρωση ή αδρανοποίηση τοξικής ουσίας τοπικά ή γενικά.
2. Διατήρηση επαρκούς λειτουργίας του αναπνευστικού.
3. Αποκατάσταση της κυκλοφορίας.
4. Μείωση πόνου και δυσχέρειας.
5. Μείωση επιπλοκών αιμορραγίας, σπασμών, σήψης.
6. Αν το παιδί είναι σε κωματώδη κατάσταση: προστασία από επιπρόσθετες βλάβες.
7. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης.

2.5 Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού και επαρκούς αερισμού.
Χορήγηση O₂ με μάσκα.
2. Άμεση μείωση της συστηματικής απορρόφησης του δηλητηρίου με τοπική εφαρμογή ψυχρού επιθέματος και πλήρη ανάπαυση του μέρους και του παιδιού. Εφαρμογή περίσφυξης πάνω στο δείγμα, αν είναι σε μέλος.
3. Πλύση της περιοχής με νερό για απομάκρυνση περίσσειας δηλητηρίου.
4. Προσεκτική απόξεση του κεντριών με χειρουργικό μαχαιρίδιο ή ξυράφι. Προσοχή να μη τρυπηθεί.
5. Προσεκτική εκτομή, πέρα από τη περιοχή του δήγματος και αναρρόφηση για αφαίρεση του δηλητηρίου. Εφαρμογή παχέος στρώματος απορροφητικών αποστειρωμένων γαζών.

6. Χορήγηση αναλγητικών, όχι μορφίνης, εκτός αν υπάρχει ετοιμασία για υποστήριξη του αερισμού.
7. Χορήγηση διαλύματος Ringer για διατήρηση της πίεσης στα 90 mmHg.
8. Χορήγηση αντιδότου αν είναι διαθέσιμο.
9. Χορήγηση θεικής επινεφρίνης, 0,2-1mL διαλύματος 1:1000 υποδόρια ή ενδομυϊκά, ανάλογα με τη οξύτητα των αντιδράσεων.
10. Χορήγηση ενδοφλέβιας ή ενδομυϊκά αντισταμινικών όπως χλωροφαιουραμίνης (Piriton) 10mg ενδοφλέβια ή 100mg ενδομυϊκά, αν τα συμπτώματα επιμένουν ή αυξάνονται.
11. Χορήγηση κορτικοστεροειδών ενδοφλέβια, αν επιμένουν τα συμπτώματα.
12. Συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και νευρολογικής κατάστασης για 24 ώρες.
13. Χορήγηση αντιβιοτικού ευρέος φάσματος, όπως 4.000.000 μονάδες υδατικής πενικιλίνης ενδοφλέβια τις πρώτες 24 ώρες και κατόπιν από το στόμα.
14. Προφυλακτική αντιτετανική αγωγή, αν ο άρρωστος κινδυνεύει από τέτανο. (ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2006)
15. Παρακολούθηση για αιμορραγία.

2.6 Αξιολόγηση

1. Εκτίμηση αποτελεσμάτων θεραπείας
2. Συνεχής παρακολούθηση για πρόληψη επιπλοκών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: Αρχές Πρόληψης

Είναι γνωστός ο αφορισμός του Ιπποκράτη το «προλαμβάνειν εστί σοφώτερο του θεραπεύειν», δηλαδή το να προλάβεις ένα ατύχημα είναι καλύτερο, από το να θεραπεύσεις.

Πολλά παιδιά χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους από τα ατυχήματα. Παγκοσμίως είναι γνωστό ότι η πρώτη αιτία θανάτου σε παιδιά είναι το ατύχημα τουλάχιστον στις αναπτυγμένες και βιομηχανοποιημένες χώρες. Το ατύχημα στην οικογένεια προκαλεί πολλά προβλήματα, ψυχικά, κοινωνικά, οικονομικά με αποτέλεσμα τόσο τα παιδιά όσο και οι γονείς τους, να ταλαιπωρούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Μεγάλη σημασία έχει για τη σωτηρία του παιδιού, η περίοδος που μεσολαβεί από την ώρα που θα γίνει το ατύχημα μέχρι τη μεταφορά του στο Νοσοκομείο. Επίσης, σπουδαίο ρόλο παίζει αυτός που θα δώσει τις πρώτες βοήθειες. Σε ορισμένα ατυχήματα ακόμη και τα δευτερόλεπτα έχουν σημασία για τη διάσωση του παιδιού. Η Ελλάδα, ως γνωστόν, περιβάλλεται από θάλασσα και έχει πολλά νησιά, γι' αυτό και οι μονάδες μεταφοράς των επειγόντων περιστατικών θα πρέπει να γίνεται με ελικόπτερα ή αεροπλάνα.

Θα πρέπει τα μεταφορικά μέσα (αυτοκίνητο, ελικόπτερο, αεροπλάνο), να είναι εξοπλισμένα με νοσοκομειακό υλικό και προσωπικό που γνωρίζουν από νεογνά και παιδιά. Η επείγουσα αντιμετώπιση του παιδιού είναι τελείως διαφορετική από του ενήλικα. Απαιτούνται εκτός από τις ειδικές γνώσεις και τα κατάλληλα υλικά όπως παροχές, τραχειοσωλήνες, συσκευές τεχνητής αναπνοής κ.τ.λ. Η οργάνωση και λειτουργία μονάδων μεταφοράς νεογνών κα παιδιών είναι απαραίτητη για τη χώρα μας.

1. Εγκαύματα

Αρχές Πρόληψης εγκαυμάτων

1. Μην αφήνετε ποτέ τα παιδιά μόνα τους μέσα στο σπίτι. Διδάξτε τα έγκαιρα το κίνδυνο της φωτιάς.
2. Ασφαλίστε ηλεκτρικές συσκευές, βραστήρα με ζεστό νερό ή φαγητό, σπέρτα, διορθώστε φθαρμένα καλώδια κ.ά. που μπορεί για όλους, ιδιαίτερα για τα παιδιά και τους ηλικιωμένους να αποβούν επικίνδυνα.
3. Αποφεύγεται το κάπνισμα στο κρεβάτι και κοντά σας το παιδί, γιατί μπορεί να κοιμηθείτε με αναμμένο τσιγάρο και να γίνει ατύχημα. Ελέγχετε το σταχτοδοχείο πριν το αδειάσετε, βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχει υπόλειμμα αναμμένου τσιγάρου.
4. Μην παρατείνετε την παραμονή των παιδιών στον ήλιο, στις αρχές της ηλιοθεραπείας διότι προκαλούνται εγκαύματα.
5. Μην αφήνετε χημικές ουσίες σε ντουλάπια που μπορεί να τις φτάσουν τα παιδιά και να τις χρησιμοποιήσουν.
6. Αποφυγή τοποθέτησης σόμπας κοντά σε κουρτίνες, εύφλεκτες ύλες, ή ακόμα κοντά στην κούνια του μωρού. Μην ανάβετε σπέρτα, κερί, αναπτήρα, τσιγάρο σε χώρους με εύφλεκτες ύλες, όπως οινόπνευμα, βενζίνη.
7. Ακολουθείτε τις ειδικές οδηγίες που έχουν ορισθεί από την πυρασφάλεια.

2. Κατάγματα

Αρχές Πρόληψης

- Εξασφάλιση καλού φωτισμού σε σκάλες, διαδρόμους.
- Όχι αντικείμενα σε σκαλοπάτια.
- Μη гуαλίζεται υπερβολικά το πάτωμα.

- Μην αφήνετε νερά, σαπουνάδες, αντικείμενα στο πάτωμα που μπορεί να γλιστρήσει.
- Καλό στερέωμα χαλιών.
- Διόρθωση χαλασμένων καρεκλών, σκαμπό, βγαλμένα πλακάκια κ.ά.
- Μην αφήνετε τα παιδιά να ανεβαίνουν και να κατεβαίνουν οποιοδήποτε όχημα, αν αυτό προηγουμένως δεν έχει σταματήσει τελείως.
- Τηρείτε τους κανόνες οδήγησης (χρήση ζώνης, ταχύτητα).

3. Δηλητηρίαση

Πρόληψη:

Η σπονδυλική στήλη της πρόληψης από τις δηλητηριάσεις είναι η όσο το δυνατόν ενημέρωση των γονέων για τον κίνδυνο και τις γραπτές οδηγίες για τη χρήση του σιροπιού του ιπεκακουάνα, αρκετά νωρίς, πριν το παιδί αρχίζει να αρκουδίζει. Σε κάθε οικογένεια θα πρέπει να υπάρχουν 30 κυβικά σιρόπι ιπεκακουάνα. Οι γονείς θα πρέπει να καλέσουν τα εξωτερικά ιατρεία του πλησιέστερου νοσοκομείου ή το κέντρο δηλητηριάσεων στην Αθήνα (τηλ. κέντρου 01/7793777) πριν χορηγήσουν την ιπεκακουάνα, διότι ο εμετός μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες, όταν καταναλώθηκαν ορισμένες ουσίες (καυστικές, όπως οξέα και βάσεις, οξειδωτικά υλικά, υδρογονάνθρακες).

Σε κάθε περιβάλλον που υπάρχουν μικρά παιδιά τα φάρμακα, τα υλικά καθαριότητας, τα απορρυπαντικά, τα υγρά αυτοκινήτων, τα γεωργικά φάρμακα, τα εντομοκτόνα θα πρέπει να αποθηκεύονται σε χώρους που είναι δύσκολο να τους πλησιάσει ένα μικρό παιδί, ακόμη και με τη χρησιμοποίηση καρέκλας ή σκάλας. Τα πολύ τοξικά υλικά θα πρέπει να κλειδώνονται και ποτέ τοξικές ουσίες δε θα πρέπει να

χρησιμοποιούνται σε οικιακά σκεύη, καθ' όσον η φαντασία του παιδιού θα τις συνδέσει με τις τροφές ή τα υγρά που χρησιμοποιούνται καθημερινά στο τραπέζι/σπίτι. Κάθε οικογένεια θα πρέπει να έχει το τηλέφωνο του πλησιέστερου νοσοκομείου, του 100 ή του κέντρου δηλητηριάσεων στην Αθήνα, σ' εμφανές σημείο, ώστε να προσφέρεται ακόμη και σε καταστάσεις οικογενειακής κρίσης, όπως συμβαίνει μετά από τη διαπίστωση ότι το μικρό τους παιδί κινδυνεύει από δηλητηρίαση. Η χρησιμοποίηση φαρμάκων χωρίς συνταγή, θα πρέπει να ελαχιστοποιηθεί. Η παρουσία στο σπίτι εφήβων με προβλήματα ψυχολογικά (θυμού, κατάθλιψης, λύπης) αποτελεί ένα ιδιαίτερο πρόβλημα του συνόλου της οικογένειας που θα πρέπει άμεσα, ανοικτά και ικανοποιητικά να συζητηθεί με το προσωπικό της υγείας και να κατευθυνθεί η οικογένεια σε ειδικότερο κέντρο.

4. Σχολικά ατυχήματα

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

- Από την προσχολική ηλικία, τα παιδιά περνούν μεγάλο μέρος του χρόνου τους σε χώρους εκπαίδευσης (Παιδικοί Σταθμοί, Σχολεία), με αποτέλεσμα ένα μεγάλο ποσοστό των παιδικών ατυχημάτων, να συμβαίνει εκεί καθώς και κατά τη μεταφορά των παιδιών προς και από, τους χώρους αυτούς.

- Από την προσχολική ηλικία, πρέπει να μάθουμε στα παιδιά μας την σωστή οδική συμπεριφορά. Πρέπει όμως να έχουμε υπόψη μας, ότι τα παιδιά κάτω των 8 ετών, δεν έχουν την απαιτούμενη ωριμότητα για να χρησιμοποιήσουν πάντα, τα όσα έχουν μάθει. Για το λόγο αυτό, πρέπει να συνοδεύονται από ενήλικες, από και προς το σχολείο ή τη στάση του σχολικού λεωφορείου. Κρατάμε πάντα τα μικρά παιδιά από το χέρι και τα έχουμε από τη μέσα πλευρά του πεζοδρομίου. Και μην ξεχνάμε, ότι τα παιδιά μαθαίνουν παρατηρώντας, για αυτό πρέπει να τους δίνουμε το καλό παράδειγμα, ακολουθώντας οι ίδιοι τους κανόνες της σωστής οδικής συμπεριφοράς.
- Εφόσον πηγαίνουμε τα παιδιά στο σχολείο με το αυτοκίνητο, πρέπει να τους μάθουμε να κάθονται πάντα στο πίσω κάθισμα, δεμένα με τον σωστό τρόπο. Οι αντιπροσωπείες αυτοκινήτων και τα μαγαζιά με αξεσουάρ αυτοκινήτων ή παιδικά είδη, μπορούν να προτείνουν ποιο είναι το σωστό κάθισμα ή ζώνη ασφαλείας για κάθε παιδί, ανάλογα με το ύψος και το βάρος του. Πρέπει επίσης να μάθουμε στα παιδιά, να μπαίνουν και να βγαίνουν από το αυτοκίνητο, πάντοτε από την πλευρά του πεζοδρομίου. Επιπλέον, είναι σημαντικό να εξηγήσουμε στα παιδιά ότι δεν θα πρέπει να βγάζουν το κεφάλι τους έξω από το παράθυρο του αυτοκινήτου, γιατί εάν κάνουν κάτι τέτοιο ο κίνδυνος πρόκλησης ατυχήματος είναι μεγάλος. Στην περίπτωση που τα παιδιά πηγαίνουν με σχολικό λεωφορείο, πρέπει το ίδιο το σχολείο, αλλά και εμείς οι γονείς, να τους εξηγήσουμε γιατί πρέπει και εκεί να φοράνε τη ζώνη ασφαλείας και να προσέχουν πολύ την ώρα που μπαίνουν και βγαίνουν από το λεωφορείο.
- Αν τα παιδιά πηγαίνουν στο σχολείο με ποδήλατο ή μοτοποδήλατο, πρέπει να γνωρίζουν ότι, εφόσον βγαίνουν στο

δροσό με το δίκυκλό τους, έχουν τις ίδιες υποχρεώσεις με τα άλλα οχήματα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να φορούν πάντα κράνος και τον απαραίτητο εξοπλισμό, κατάλληλα προσαρμοσμένο στο σωματότυπό τους, καθώς και να γνωρίζουν καλά και να ακολουθούν τους κανόνες οδικής κυκλοφορίας. Τα δίκυκλά τους να είναι σε καλή κατάσταση και σωστά εξοπλισμένα με καθρέφτες και φώτα, ώστε να φαίνονται τις βραδινές ώρες. Για να κυκλοφορήσουν στο δρόμο με μοτοποδήλατο, πρέπει να έχουν συμπληρώσει το 160 έτος της ηλικίας τους και να έχουν προμηθευτεί την νόμιμη άδεια.

- Τα παιδιά που πηγαίνουν με τα πόδια στο σχολείο πρέπει να φορούν ανοιχτόχρωμα ρούχα ή ρούχα με ένθετο ανακλαστικό υλικό, για να διακρίνονται από τους διερχομένους οδηγούς, ειδικότερα το βράδυ.
- Στην έξοδο όλων των σχολείων, πρέπει να υπάρχει προστατευτικό κιγκλίδωμα, ώστε τα παιδιά να μη μπορούν να βγουν απευθείας στο δρόμο. (ANNA-ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,2006)
- Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο σχολικός τροχονόμος στην πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων. Αρμοδιότητά του είναι η ρύθμιση της κυκλοφορίας στη γύρω από το σχολείο περιοχή κατά τις ώρες προσέλευσης και αποχώρησης των μαθητών, με στόχο την ασφαλή διέλευση αυτών. Προκειμένου, όμως, οι οδηγίες του σχολικού τροχονόμου να επιτελούν τον σκοπό τους θα πρέπει αφενός οι γονείς να εξηγήσουμε στα παιδιά πόσο σημαντικό είναι να συμμορφώνονται με τις υποδείξεις του και αφετέρου οι οδηγοί να σέβονται την παρουσία του και να ακολουθούν τις οδηγίες του.
- Όλα τα σχολεία πρέπει συνεχώς να ελέγχουν τις κτιριακές τους εγκαταστάσεις, ώστε να είναι ασφαλείς για τα παιδιά που στεγάζουν. Σε αυτό μπορούν να βοηθήσουν και οι γονείς των

μαθητών με σωστές παρατηρήσεις και επικοδομητικές προτάσεις. Θα πρέπει επίσης να μην υπάρχουν στους χώρους του σχολείου σκουριασμένα ή αιχμηρά αντικείμενα στα οποία τα παιδιά θα μπορούσαν να χτυπήσουν (π.χ. σκουριασμένα κάγκελα). Εφόσον το σχολείο διαθέτει χημείο, θα πρέπει αυτό να παραμένει κλειδωμένο εκτός από τις ώρες του μαθήματος που υπάρχει υπεύθυνος εκπαιδευτικός.

- Στην αρχή κάθε σχολικού έτους πρέπει να γίνεται μία ανοικτή συζήτηση μεταξύ δασκάλων και μαθητών, για θέματα πρόληψης παιδικών ατυχημάτων, κυρίως στους σχολικούς χώρους. Οι ιδέες των ίδιων των παιδιών μπορούν κάποιες φορές να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες και να προάγουν τη δημιουργία ενός ασφαλέστερου σχολικού περιβάλλοντος.
- Η ύπαρξη συστήματος πυρασφάλειας είναι απαραίτητο να υπάρχει σε κάθε σχολείο. Επιπλέον, θα πρέπει κάθε χρόνο να γίνεται άσκηση ασφαλούς εγκατάλειψης του κτιρίου σε περίπτωση φωτιάς.
- Σε περίπτωση σεισμού υπάρχει μεγάλος κίνδυνος πρόκλησης ατυχήματος, όχι μόνον εξαιτίας της σεισμικής δόνησης αλλά και λόγω του πανικού που δημιουργείται. Μόνος τρόπος για την προσπάθεια ελέγχου μίας τέτοιας κατάστασης είναι η πραγματοποίηση σε τακτά χρονικά διαστήματα ασκήσεων σεισμού.
- Εάν το σχολείο διαθέτει παιδική χαρά ή γυμναστήριο, πρέπει να γίνεται συνεχής έλεγχος, ώστε το υλικό (κούνιες, τσουλήθρες, μονόζυγα, μπασκέτες) και ο γύρω χώρος, να πληρούν τους κανόνες ασφαλείας. Πρέπει επίσης, τα παιδιά να ενημερώνονται ποιος είναι ο σωστός τρόπος χρήσης του υπάρχοντος εξοπλισμού από τους γυμναστές του σχολείου.

- Πρέπει τα παιδιά να προειδοποιούνται και να γίνεται σωστός έλεγχος, ώστε να μη φέρνουν στο σχολείο επικίνδυνα και αιχμηρά αντικείμενα.
- Την ώρα του διαλείμματος πρέπει πάντα να είναι παρόντες κάποιιοι υπεύθυνοι.
- Όλα τα σχολεία πρέπει να διαθέτουν πλήρες φαρμακείο για την παροχή Α' Βοηθειών, με κάποιον υπεύθυνο για αυτό, και αν είναι δυνατόν ένα Νοσηλεύτη ή μια Νοσηλεύτρια. Σημαντικό είναι ακόμη οι γονείς να ενημερώσουν έγκαιρα το ιατρείο του σχολείου εάν το παιδί τους τυχαίνει να έχει κάποια αλλεργία. Πρέπει επίσης να υπάρχουν εμφανώς αναρτημένα τα τηλέφωνα του πλησιέστερου Κέντρου Υγείας ή Νοσοκομείου. Νηπιαγωγοί, Δάσκαλοι, Καθηγητές και Γυμναστές, πρέπει ιδανικά να εκπαιδεύονται στις βασικές Α' Βοήθειες. Στις μεγάλες τάξεις αυτό μπορεί να γίνεται και για τους μαθητές.

Όσο σημαντική είναι, για την πρόληψη παιδικών ατυχημάτων, η υποδομή που παρέχεται από τους ενήλικες, εξίσου σημαντικό είναι να μάθουν τα παιδιά, από την πιο μικρή ηλικία, να αναγνωρίζουν τους κινδύνους και να αυτοπροστατεύονται. Προσοχή όμως στην υπερπροστασία, γιατί μπορεί εύκολα να φέρει το αντίθετο αποτέλεσμα.

5. Θάλασσα

Αρχές πρόληψης στη θάλασσα

- Είναι πολύ σημαντικό να μάθουμε στα παιδιά μας από την πιο μικρή ηλικία να κολυμπούν σωστά, το κολύμπι σώζει ζωές.
- Ποτέ μην αφήνουμε μικρά παιδιά κοντά στο νερό χωρίς επίβλεψη, ακόμα και εάν ξέρουν να κολυμπούν.

- Να μην βασιζόμαστε σε φουσκωτά αντικείμενα όπως μπρατσάκια και κουλούρες, για την ασφάλεια των παιδιών μας.
- Να μην κολυμπούν τα παιδιά με γεμάτο στομάχι, πρέπει να έχουν περάσει τουλάχιστον 3 ώρες από το τελευταίο γεύμα.
- Μην αφήνουμε τα παιδιά να απομακρύνονται από την ξηρά χωρίς επίβλεψη.
- Είναι επικίνδυνο το κολύμπι σε πολύ ταραγμένη θάλασσα και σε περιοχές όπου υπάρχει δυνατό θαλάσσιο ρεύμα ..
- Είναι σημαντικό τα παιδιά να μην υπερεκτιμούν τις δυνατότητές τους στο κολύμπι και να αποφεύγουν τους ηρωισμούς.
- Επικίνδυνα παιχνίδια στο νερό, όπως πατητές, κράτημα αναπνοής και άλλα, πρέπει να αποφεύγονται, μπορούν πολύ εύκολα να καταλήξουν σε πνιγμό.
- Στις μικρές ηλικίες, όταν τα παιδιά βρίσκονται σε σκάφος πρέπει πάντα να φοράνε εγκεκριμένα σωσίβια και να επιβλέπονται.

Θαλάσσια Αθλήματα

- Όταν κάνουν θαλάσσια αθλήματα τα παιδιά, πρέπει πάντα να φορούν εγκεκριμένα σωσίβια, ακόμα και εάν κολυμπούν καλά.
- Εφόσον τα παιδιά θέλουν να ασχοληθούν με θαλάσσια αθλήματα, όπως ιστιοπλοΐα, θαλάσσιο ski, ιστιοσανίδα και καταδύσεις, είναι σημαντικό να παρακολουθήσουν πρώτα, μαθήματα σε εξειδικευμένες σχολές και να μάθουν να ακολουθούν τους κανόνες του κάθε αθλήματος.
- Σε περίπτωση που μεγαλύτερα παιδιά, κάνουν καταδύσεις και υποβρύχιο ψάρεμα, πρέπει να χρησιμοποιούν τον κατάλληλο εξοπλισμό, να ακολουθούν πιστά τους κανόνες ασφαλείας, να είναι

συνδεδεμένα με την ειδική σημαδούρα για να διακρίνονται από διερχόμενα σκάφη και να είναι πάντα συνοδευόμενα.

Σε Πισίνα

- Εφόσον υπάρχουν μικρά παιδιά στην οικογένεια, η πισίνα πρέπει να είναι σωστά περιφραγμένη ή να έχει κάλυμμα ασφαλείας
- Ποτέ να μην κολυμπάνε παιδιά σε πισίνα, χωρίς επίβλεψη.
- Να μάθουμε στα παιδιά, να προσέχουν ιδιαίτερα τον περίγυρο της πισίνας, γιατί τρέχοντας ή παίζοντας, μπορούν εύκολα να γλιστρήσουν και να τραυματιστούν σοβαρά.
- Στην πισίνα όπως στη θάλασσα, είναι σημαντικό να μάθουν τα παιδιά να κάνουν βουτιές, μόνον εφόσον βεβαιωθούν ότι τα νερά είναι αρκετά βαθιά και δεν υπάρχουν εμπόδια.

Σε άλλους Χώρους όπου υπάρχει νερό

- Είναι σημαντικό να μάθουν τα παιδιά να μην πλησιάζουν κοντά σε φουσκωμένο χείμαρρο ή ποτάμι, γιατί εάν πέσουν μέσα μπορεί να πνιγούν. Για τον ίδιο λόγο δεν πρέπει να κολυμπούν σε ποτάμι, όταν υπάρχει δυνατό ρεύμα.
- Τα παιδιά να αποφεύγουν τις βουτιές σε λίμνη, όταν τα νερά είναι θολά.
- Τα μικρά παιδιά δεν πρέπει να πλησιάζουν και να σκύβουν πάνω από πηγάδια, στέρνες και αρδευτικά κανάλια, γιατί πέφτοντας μέσα, μπορεί να τραυματιστούν σοβαρά ή να πνιγούν.

6. Βουνό

Διακοπές στο βουνό

- Κατάλληλο ντύσιμο:
 - α) στην πεζοπορία κατάλληλα υποδήματα και καπέλο
 - β) στην ποδηλασία κράνος ασφαλείας και σωστά παπούτσια
 - γ) στο rafting εγκεκριμένα σωσίβια και κράνος.

Γενικά όλα τα αθλήματα του βουνού, όπως αναρρίχηση, ανάβαση, ελεύθερη πτώση κλπ. καλό είναι να γίνονται σε οργανωμένες ομάδες υπό την επιτήρηση ειδικών, να ακολουθούνται αυστηρά οι κανόνες ασφαλείας και να χρησιμοποιείται ο κατάλληλος εξοπλισμός.

- Να μάθουμε στα παιδιά να αναγνωρίζουν τα δηλητηριώδη έντομα και ερπετά της περιοχής και πώς να αποφεύγουν ατυχήματα που προέρχονται από αυτά.

Να αποφεύγουν να περπατούν μέσα σε ψηλά χόρτα, αλλιώς να κάνουν θόρυβο για να απομακρύνουν τα φίδια που μπορεί να κρύβονται σε αυτά.

Να μη χώνουν τα χέρια τους σε χαραμάδες και κάτω από πέτρες, γιατί εκεί μπορεί να βρίσκονται φίδια και/ή σκορπιόι.

- Να μάθουμε στα παιδιά ότι γενικά τα ζώα γίνονται επικίνδυνα όταν αισθάνονται ότι απειλούνται, είναι άρρωστα ή προστατεύουν τα μικρά τους, την τροφή τους, την κατοικία τους, ακόμα και το αφεντικό τους.

7. Τροχαία ατυχήματα

Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν σε όλο τον κόσμο σοβαρότατα πρόβλημα δημοσίας υγείας. Στην Ελλάδα οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα είναι σχεδόν δύο φορές πιο συχνοί απ' ότι παγκοσμίως. Έχουμε 2.000 θανάτους, 4.000 βαριά και 30.000 ελαφρά τραυματισμένους κατά μέσο όρο το χρόνο. Από τους νεκρούς και τους τραυματίες το 1/3 είναι παιδιά. Το τραγικό αυτό γεγονός γίνεται ακόμα

χειρότερο αν υπολογίσει κανένας ότι πέρα από τους θανάτους πολλοί από τους τραυματίες μένουν ανάπηροι, και μάλιστα σε μικρή ηλικία.

Αίτια

Τα τροχαία ατυχήματα δεν τα δημιουργεί η κακιά ώρα ή η κακοτυχία. Είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, όπως το ανθρώπινο λάθος, η αμέλεια, η απερισκεψία, η περιφρόνηση του κινδύνου, η άγνοια κ.λ.π., και σ' αυτούς τους παράγοντες έχουμε υποχρέωση να παρέμβουμε. Στην Ελλάδα πολύ λίγα μέτρα πρόληψης είναι υποχρεωτικά με νόμους, αλλά και για όσα έχουν θεσπιστεί νόμοι, πάλι δεν τηρούνται.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων στα παιδιά έχουν σχέση:

- 1. Με το ίδιο το παιδί, την ηλικία του και τις φυσικές αδυναμίες της** (το χαμηλό ανάστημα, το μικρότερο οπτικό πεδίο, τη νευρολογική του ανωριμότητα, την αδυναμία γνώσης των σημάτων, την παρορμητικότητα και ακόμα και τη γοητεία που προκαλεί ο κίνδυνος).
- 2. Το περιβάλλον του παιδιού, τους γονείς και τους δασκάλους του, την επίβλεψη και την εκπαίδευση που του παρέχουν.**
- 3. Την κατάσταση του οδικού δικτύου της χώρας** (το σχεδιασμό των δρομών, τη σηματοδότηση, τη δόμηση κ.λ.π.). Σημειώνεται ότι στην Ελλάδα μόνο στο 10% του οδικού δικτύου μπορούν να αναπτυχθούν με ασφάλεια ταχύτητες μεγαλύτερες από 80 χιλιόμετρα την ώρα.
- 4. Τις αδυναμίες των οδηγών** (επιπολαιότητα, ανεπαρκής εκπαίδευση, κακή συντήρηση των οχημάτων και μη τήρηση των κανόνων του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας).

Το παιδί μπορεί να γίνει θύμα τροχαίου είτε ως πεζός στους δρόμους, είτε ως επιβάτης μεταφορικού μέσου, ή ακόμα ως ποδηλάτης και στην εφηβεία ως οδηγός.

A. Το παιδί πεζός

Το 30% των νεκρών από τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα είναι πεζοί και κυρίως παιδιά και έφηβοι. Το παιδί ως πεζός μειονεκτεί σημαντικά σε σχέση με τους ενήλικους εξαιτίας φυσικών αδυναμιών, γι' αυτό χρειάζεται **εκπαίδευση** και **επιτήρηση**. Το παράδειγμα των ενηλίκων είναι το καλύτερο εκπαιδευτικό εργαλείο. Καλό είναι να διδάσκονται τα παιδιά από πολύ μικρά τους κανόνες κυκλοφοριακής αγωγής και να μάθουν σιγά σιγά να αναγνωρίζουν τα σήματα της Τροχαίας. Σημαντική είναι και η κατανόηση των εννοιών απόσταση, ταχύτητα και ήχος, που όμως προϋποθέτει νευρολογική ωριμότητα, η οποία αποκτάται βαθμιαία. Κρατάμε, λοιπόν, πάντα το χέρι των παιδιών που συνοδεύουμε και περπατάμε σωστά, πάντα στο πεζοδρόμιο, σεβόμενοι όλους τους κανόνες. Για παράδειγμα, δεν διασχίζουμε δρόμο στις διαβάσεις πεζών αν δεν ανάψει πράσινο, ακόμα κι αν ο δρόμος είναι έρημος. Αν δεν υπάρχει φωτεινός σηματοδότης, σταματάμε στην άκρη του πεζοδρομίου, βρίσκουμε ένα ασφαλές σημείο, ελέγχουμε οπτικά και ακουστικά προς όλες τις κατευθύνσεις για οχήματα και όταν ο δρόμος είναι ελεύθερος τον διασχίζουμε γρήγορα και κάθετα.

Ειδικότερα ως προς τις ηλικίες των παιδιών:

Παιδιά μικρότερα των 8 χρόνων δεν πρέπει να κυκλοφορούν ποτέ μόνα τους στους δρόμους και έχουν ανάγκη από αυστηρή και συνεχή επιτήρηση.

Παιδιά μεγαλύτερα των 9 χρόνων, μετά από καλή εκπαίδευση, μπορούν να κυκλοφορούν μόνα τους ή και να διασχίζουν γνωστούς και όχι πολυσύχναστους δρόμους ή δρόμους πολυσύχναστους που έχουν καλή σηματοδότηση.

Παιδιά άνω των 12 χρόνων -αλλά όχι μικρότερα- διαθέτουν πια τις δυνατότητες να συμπεριφέρονται στους δρόμους σωστά, όπως και οι ενήλικοι.

B. Το παιδί επιβάτης

Για την ασφαλή μεταφορά των παιδιών υπάρχουν ορισμένοι βασικοί κανόνες:

- Ποτέ μην τοποθετείτε τα παιδιά στο μπροστινό κάθισμα (ειδικά αν έχει αερόσακο), πάντοτε στο πίσω. Και σε ελαφρά σύγκρουση ή σε απότομο φρενάρισμα το παιδί κινδυνεύει να χτυπήσει στο ταμπλό του αυτοκινήτου.
- Ποτέ στο πορτμπεμπέ, στα γόνατα ή στην αγκαλιά κάποιου. Αναφέρεται ότι το 90% των επιβατών που κρατούσαν παιδιά στην αγκαλιά τους σε τροχαίο ατύχημα και σώθηκαν, σώθηκαν επειδή το παιδί λειτούργησε ως ασπίδα.
- Πάντοτε στο ειδικό κάθισμα ασφαλείας, με την ειδική ζώνη ασφαλείας.
- Ποτέ 2 παιδιά μαζί σε μία ζώνη ασφαλείας.

Υπολογίζεται ότι αν όλα τα παιδιά ταξίδευαν δεμένα στα ειδικά παιδικά καθίσματα οι θάνατοι από τροχαία θα μπορούσαν να μειωθούν κατά 70% και οι τραυματισμοί κατά 67%. Όμως, παιδικά καθίσματα αυτοκινήτου αγοράζουν μόνο 58% των γονιών που μένουν στην Αθήνα και έχουν αυτοκίνητο, και ακόμα λιγότεροι (32%) στην επαρχία, ενώ, δυστυχώς, μόνο 0,5-1 % αγοράζουν το τελευταίων προδιαγραφών

κάθισμα ασφαλείας, που είναι ειδικό για το βάρος, την ηλικία, το μήκος του παιδιού και παρέχει ικανοποιητική προστασία.

Τα καθίσματα αυτά φέρουν το σήμα ECE R 4403 στη συσκευασία.

Υπάρχουν:

- α) καθίσματα στραμμένα προς τα πίσω για παιδιά με βάρος μέχρι 10 κιλά,
- β) καθίσματα διπλής κατεύθυνσης για παιδιά με βάρος μέχρι 20 κιλά,
- γ) καθίσματα στραμμένα προς τα εμπρός για παιδιά βάρους 10-25 κιλών και
- δ) ανυψωτικά καθίσματα για παιδιά βάρους 15-35 κιλών.

Η ύπαρξη ζώνης ασφαλείας και στα πίσω καθίσματα έχει διαπιστωθεί ότι μειώνει τους θανάτους κατά 22% και τους τραυματισμούς κατά 50%. Προσοχή! Η ζώνη ασφαλείας θεωρείται κατάλληλη όταν το διαγώνιο τμήμα της περνά από το μέσο, περίπου, της απόστασης μεταξύ του άκρου του ώμου και του λαιμού.

- Ποτέ τα παιδιά στο αυτοκίνητο με επικίνδυνα παιχνίδια.
- Οι πόρτες του αυτοκινήτου πρέπει να ασφαλίζονται απ' έξω.

Πολλά παιδιά τραυματίζονται ή και σκοτώνονται πέφτοντας έξω από την πόρτα του αυτοκινήτου που ανοίγει απότομα σε στροφή ή όταν παίζουν με την πόρτα χωρίς να φορούν ζώνη. Π.χ., αναφέρονται τραυματισμοί παιδιού κατά την έξοδο από το πάρκινγκ, ακόμα και από το γκαράζ του σπιτιού.

Γ. Το παιδί ποδηλάτης

Το παιδί ως ποδηλάτης πρέπει να συμπεριφέρεται πια όπως ο οδηγός αυτοκινήτου. Τα μέτρα που θα του εξασφαλίσουν ικανοποιητική προστασία είναι:

- Καλή εκπαίδευση,
- ωριμότητα,
- αυξημένο αίσθημα ευθύνης.

Δεν πρέπει να αγνοείται η παρορμητικότητα και η περιφρόνηση του κινδύνου, που είναι χαρακτηριστικά της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας.

- Αυτονόητο είναι ότι ο ποδηλάτης πρέπει να έχει άριστη γνώση των σημάτων και των βασικών κανόνων οδικής κυκλοφορίας.
- Φροντίδα για την καλή συντήρηση του ποδηλάτου και τακτικός έλεγχος.
- Αποφυγή κυκλοφορίας σε πολυσύχναστους δρόμους και χρησιμοποίηση πάντοτε της δεξιάς «λωρίδας» των δρόμων.

Τα προσεχή χρόνια αναμένεται να αυξηθεί η θνητότητα στην παιδική ηλικία από τα τροχαία ατυχήματα, ως αποτέλεσμα της αύξησης της συχνότητας των ταξιδιών με το αυτοκίνητο (περισσότερες οικογένειες αποκτούν αυτοκίνητο και εξοχική κατοικία, με αποτέλεσμα να ταξιδεύουν συχνότερα, ενώ μμεγαλύτερος είναι και ο αριθμός των παιδιών που μετακινείται με αυτοκίνητο στους βρεφονηπιακούς σταθμούς και στα σχολεία). Για το λόγο αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια στην πρόληψη, τόσο από την Πολιτεία και τους φορείς της, όσο και από την ίδια την οικογένεια.

Τα προσεχή χρόνια αναμένεται να αυξηθεί η θνητότητα στην παιδική ηλικία από τα τροχαία ατυχήματα. Στην Ελλάδα οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα είναι σχεδόν διπλάσιοι απ' ό,τι παγκοσμίως.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Ατυχήματα σε βρέφη

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

Για παράδειγμα, τους πρώτους τρεις μήνες φροντίζουμε:

- να μην υπάρχουν στο κρεβάτι του μωρού αντικείμενα που μπορεί να προκαλέσουν ασφυξία ή πνιγμό
- να κρατάμε πάντα στην αγκαλιά μας το μωρό όταν το ταΐζουμε για να αποφεύγεται ο κίνδυνος της εισρόφισης
- να μην το αφήνουμε ποτέ μόνο του σε υψηλές επιφάνειες, όπως οι αλλαξιέρες και το κρεβάτι γιατί υπάρχει κίνδυνος
- να συρθεί από μόνο του στην άκρη και να πέσει
- να προμηθευτούμε και να τοποθετήσουμε σωστά στο αυτοκίνητο την ειδική συσκευή ασφαλούς μεταφοράς του μωρού. Λέγεται ότι η πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων στα παιδιά αρχίζει από το μαιευτήριο.

Στην ηλικία των πέντε μηνών το μωρό αρπάζει και βάζει στο στόμα του διάφορα μικροαντικείμενα, τραβάει τραπεζομάντιλα ή αναποδογυρίζει φλιτζάνια με καυτό ρόφημα.

Γι' αυτό φροντίζουμε:

- να φυλάμε μικροσκοπικά παιχνίδια και αντικείμενα μακριά του, αφού μπορεί να πνιγεί με παιχνίδια που είναι ασφαλή για μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά
- να μην πίνουμε καυτά ροφήματα με το μωρό στην αγκαλιά.

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

Γι' αυτό φροντίζουμε:

- να μην αφήνουμε ποτέ το μωρό μόνο του όταν είναι ξύπνιο
- να κρατάμε καθαρό και να απομακρύνουμε από το πάτωμα επικίνδυνα αντικείμενα
- να χρησιμοποιούμε προστατευτικό κάλυμμα στο τζάκι και πόρτα ασφαλείας στην αρχή της εσωτερικής σκάλας
- να είμαστε πάντα μαζί με το μωρό στο μπάνιο
- να μην εμπιστευόμαστε να το προσέχουν μεγαλύτερα παιδιά
- να ελέγξουμε αν το κάθισμα μεταφοράς του παιδιού στο αυτοκίνητο είναι το κατάλληλο για την ηλικία και το βάρος του.

Στα πρώτα του γενέθλια το μωρό απολαμβάνει να σκαρφαλώνει εδώ και εκεί ... με κίνδυνο να πέσει ακόμη και έξω από το παράθυρο. Χαίρεται να ανοίγει κουτιά και να δοκιμάζει το περιεχόμενό τους.

Γι' αυτό φροντίζουμε:

- να είμαστε πάντα μαζί του, όταν το μωρό είναι ξύπνιο

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

Ατυχήματα σε παιδιά 1-4 ετών

Το μεγαλύτερο αριθμό θανατηφόρων ατυχημάτων στα ελληνόπουλα της προσχολικής ηλικίας προκαλεί η εμπλοκή σε τροχαίο με την ιδιότητα κυρίως του επιβάτη ή του πεζού ενώ οι πνιγμοί-πνιγμονές από ξένα σώματα εξακολουθούν να είναι σημαντική αιτία θανάτου. Όπως στα βρέφη έτσι και στα παιδιά της προσχολικής ηλικίας οι τυχαίες πτώσεις, τα εγκαύματα και οι δηλητηριάσεις αποτελούν τις συχνότερες κατά σειρά αιτίες επίσκεψης για ατύχημα στα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων. Στην ηλικία αυτή το παιδί σας τα καταφέρνει να ανοίγει δοχεία και μπουκάλια καθώς και συρτάρια, όπου έχετε αποθηκεύσει αιχμηρά αντικείμενα. "Παίζει" με τους διακόπτες με πιθανότητα να ανάψει το μάτι της κουζίνας ή το ηλεκτρικό σίδερο. Μπορεί να ανάψει σπύρτα ... και να προξενήσει πυρκαγιά ή να ανοίξει τη βρύση και να καεί με το ζεστό νερό. Διασκεδάζει να σκαρφαλώνει στα κάγκελα της βεράντας και να κάνει τσουλήθρα στην κουπαστή της σκάλας.

Γι' αυτό φροντίζουμε:

- να τηρεί το σπίτι μας τις ειδικές προδιαγραφές ασφάλειας για παιδιά
- να επιτηρούμε το παιδί σωστά και διακριτικά
- να το διδάσκουμε σιγά-σιγά και υπομονετικά θέματα ασφαλούς συμπεριφοράς.

Το παιδί καταλαβαίνει τις οδηγίες, αλλά τις ξεχνά όταν ενθουσιάζεται ή το απορροφά κάτι άλλο.

Ατυχήματα σε παιδιά 5-9 χρόνων

Το μεγαλύτερο αριθμό θανατηφόρων ατυχημάτων στα ελληνόπουλα της πρώτης σχολικής ηλικίας προκαλεί η εμπλοκή σε τροχαίο ατύχημα με αυξημένο το ποσοστό των παιδιών που παρασύρονται από τροχοφόρα. Το γεγονός αντικατοπτρίζει την αυξημένη κινητικότητα και διάθεση των παιδιών για ανεξαρτησία και υπογραμμίζει την ανάγκη συνεχούς επιτήρησης και σωστής εκπαίδευσης στην κυκλοφοριακή αγωγή.

Οι πνιγμοί-πνιγμονές περνούν σε δεύτερη θέση και ακολουθούν τα εγκαύματα ενώ τα ατυχήματα από πτώσεις αποτελούν και στην ηλικιακή αυτή ομάδα τη συχνότερη αιτία προσέλευσης για ατύχημα στα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων. Για την πρόληψη των ατυχημάτων στην ηλικία αυτή χρησιμοποιούνται επίσης προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων που θα εξασφαλίσουν την ασφαλέστερη συμπεριφορά του παιδιού.

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

Επίσης οι γονείς θα πρέπει να φροντίσουν:

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

Ατυχήματα σε παιδιά 10-14 χρόνων

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

Τα δεκάχρονα παιδιά έχουν μάθει την ασφαλή συμπεριφορά και μπορούν για παράδειγμα να διασχίζουν μόνα τους σχετικά ήσυχους δρόμους. Παρόλα αυτά υπάρχει πιθανότητα να παραβλέψουν ορισμένους κινδύνους και να

παρασυρθούν από φίλους ή να οδηγηθούν σε ακρότητες για να δοκιμάσουν τις δυνατότητές τους. Για τα επόμενα χρόνια χρειάζεται να επιμένετε στη λήψη μέτρων ασφάλειας αφήνοντας συγχρόνως το παιδί να ανακαλύπτει την ανεξαρτησία του μέσα στα όρια που καθορίζουν τα μέτρα αυτά. Το δικό σας όμως ζωντανό παράδειγμα είναι εκείνο που μετράει περισσότερο από κάθε συμβουλή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Πρόληψη Παιδικών ατυχημάτων

Οδηγίες προς τους γονείς για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων.

1. Τα βρέφη και τα νήπια δεν πρέπει να μένουν χωρίς επίβλεψη ενηλίκου ούτε ένα λεπτό. Υπάρχουν πολλοί κίνδυνοι στο σπίτι που δεν μας περνάνε από το νου παρά μόνο αφού γίνει το ατύχημα.
2. Επειδή, για να βάλει το παιδί κάτι στο στόμα του ή να τραυματιστεί είναι θέμα δευτερολέπτων, αξίζει τον κόπο να επιθεωρούμε συνεχώς το οικιακό περιβάλλον και να βεβαιωνόμαστε ότι δεν αφήσαμε κοντά του:
 - α) πράγματα μικρά, μικρότερα των 5 εκατοστών, τα οποία μπορούν να σφηνωθούν στο λαιμό του και να προκαλέσουν ασφυξία, όπως λουκούμι, κρέας, βόλοι, κομμάτια παιχνιδιών, κέρματα, κ.ά.
 - β) πράγματα κοφτερά ή μυτερά ή πολύ βαριά (ψαλίδι, μαχαίρι, ξυραφάκι, σουβλί και άλλα εργαλεία).
 - γ) σπέρτα
 - δ) φάρμακα (ιδίως χάπια χρωματιστά)
 - ε) ποτήρια
 - στ) βάζα
 - ζ) γυαλικά
3. Οι παιδικές δηλητηριάσεις είναι συχνότατες. Τα παιδιά συχνά πίνουν υγρά χωρίς να δισταγμό: χλωρίνη, νέφτι, πετρέλαιο, ούζο και άλλα που υπάρχουν στις κουζίνες. Αυτά πρέπει να κλειδώνονται, επειδή τα μικρά, και όταν ακόμη τα βάζουμε ψηλά, σκαρφαλώνουν. Κάτι φοβερό που μπορεί να συμβεί, είναι να πει

ένα παιδί, υγρό που αποφράζει τους νιπτήρες. Αν αυτό είναι καυστικό νάτριο και το παιδί επιζήσει, θα καταδικασθεί σε σειρά εγχειρήσεων. Καλύτερα τέτοια πράγματα να μην υπάρχουν στο σπίτι. Η μεταφορά ενός χημικού υγρού (π.χ χλωρίνης, βενζίνης) από το δικό του μπουκάλι σε άλλο, όπου υπάρχει άλλο υγρό (έστω λιγότερο επικίνδυνο), είναι μεγάλο σφάλμα. Οι ετικέτες με το όνομα και το περιεχόμενο του υγρού και οι σχετικές προειδοποιήσεις με σήματα, νεκροκεφαλές κ.τ.λ. είναι πού χρήσιμες και δεν πρέπει να παραβλέπονται από τους μεγαλύτερους. Καλό είναι τα μπουκάλια με χημικά και απορρυπαντικά να έχουν ειδικό σήμα και να κλείνουν με πώμα που δεν μπορεί να ανοίξει ένα παιδί, όπως τα ειδικά βουλώματα που έχουν επιβληθεί σ' άλλες χώρες.

4. Τα παιδιά μπορεί να πνιγούν:

- Με τις πλαστικές σακούλες που καμιά φορά, φορούν στο κεφάλι τους παίζοντας (οι μεγάλες σακούλες πρέπει να έχουν στο κάτω μέρος τους τρύπες).
- Με μακρύ κορδόνι δεμένο στο κρεβάτι τους ή με οποιαδήποτε κορδέλα ή σπάγκο που μπορούν να τυλιχτούν τη νύχτα στο λαιμό τους και να πάθει ασφυξία σε τρία λεπτά.
- Με πολύ μαλακά, μεγάλα μαξιλάρια.

Ας επιθεωρούμε λοιπόν το κρεβάτι, το πάρκο, τα παιχνίδια του παιδιού για να απομακρύνουμε προληπτικά αυτόν το κίνδυνο.

5. Αν σας χρειάζεται ψηλό καρεκλάκι για το μωρό, προσέξτε:

- Να μπορεί να δεθεί το μωρό σ' αυτό γερά, με τρόπο που δε θα μπορεί να γλιστρήσει κάτω από τη ζώνη.
- Να μην βρίσκεται το μωρό καθισμένο κοντά στο τραπέζι, γιατί μπορεί χτυπώντας το, να πέσει μαζί με το καρεκλάκι του.

- Να είναι υπό την επίβλεψη ενηλίκου.
6. Όταν κάνετε μπάνιο το μωρό και χτυπήσει το τηλέφωνο ή το κουδούνι της πόρτας, μην απαντήσετε ή πάρτε το μωρό μαζί σας, γιατί ο πνιγμός είναι ζήτημα ελάχιστου χρόνου και δεν χρειάζεται πολύ νερό. Για τον ίδιο λόγο μην αφήνετε κουβάδες με νερό στο πάτωμα ή λεκάνες γεμάτες. Στο μπάνιο θα βάζετε πρώτα το κρύο νερό και μετά το ζεστό, για να μην προλάβει κανένα παιδί και χωθεί στη μπανιέρα όταν έχει μόνο ζεστό νερό και πάθει έγκαυμα.
 7. Τα παιδιά παθαίνουν εγκαύματα όταν καθίσουν στο τζάκι, επειδή δεν έχουμε βάλει μπροστά μια προστατευτική σχάρα. Επίσης, όταν φοράνε φορέματα ή νυχτικά από εύφλεκτο τούλι και περάσουν μπροστά από φορητή σόμπα ή όταν κρατάνε αναμμένη λαμπάδα. Τα πιο συχνά εγκαύματα παιδιών είναι από καφέ ή τσάι ή λάδι ή σούπα καυτή, που ρίχνουμε εμείς οι μεγάλοι πάνω τους σκοντάφτοντας ή όταν πίνουμε κάτι ζεστό, ενώ κρατάμε ένα μικρό στην αγκαλιά μας. Το χερούλι της κατσαρόλας ή του μπρικκιού, όταν βράζει κάτι, να το στρέφουμε πάντα προς τα πίσω, διότι τα μικρά παιδιά συχνά το τραβάνε και περιχύνονται. Όταν πάρει φωτιά το λάδι του τηγανιού, να το σβήσουμε ψύχραιμα μ' ένα καπάκι ή κάτι που θα σβήσει τη φλόγα. Κάθε τι άλλο είναι πολύ επικίνδυνο, όπως να πάμε το τηγάνι φλεγόμενο προς το νεροχύτη!
 8. Οι ηλεκτροπληξίες αντιμετωπίζονται με τον ειδικό διακόπτη ασφαλείας, που πρέπει όλα τα σπίτια να έχουν στον πίνακα ηλεκτροδότησης. Αυτός διακόπτει το ρεύμα και με ελάχιστη διαρροή και σώζει ζωές. Οι άλλες λύσεις (καπάκι ασφαλείας στις πρίζες με κλειδί ή χωρίς) δεν είναι τόσο ασφαλείς, γιατί προϋποθέτουν κάτι δύσκολο: δε θα βρεθούμε ποτέ αφηρημένοι. Άλλωστε τα μεγαλύτερα παιδιά, θα δοκιμάσουν αυτό που τους έχει απαγορευθεί: να βγάλουν το καπάκι.

9. Στη θάλασσα προλαβαίνουμε τους πνιγμούς των παιδιών:

- Μαθαίνοντας κολύμπι, και εμείς και εκείνα.
- Όταν κολυμπάμε σε γνωστές ακτές και έχουμε υπόψη ότι η θάλασσα βαθαίνει απότομα, σε ορισμένα σημεία.
- Όταν κάνουμε μπάνιο, δύο ώρες μετά το κύριο γεύμα.
- Όταν δεν απομακρύνονται τα παιδιά πολύ από την ακτή.
- Όταν υπάρχουν ναυαγοσωστικά μέσα (σωσίβια, σχοινιά).
- Όταν γνωρίζουμε να κάνουμε τεχνητή αναπνοή.

Για να προλάβουμε τις κακώσεις της κεφαλής ή παραλύσεις από βλάβη της σπονδυλικής στήλης, πρέπει να προειδοποιήσουμε τα παιδιά, ότι το βάθος της θάλασσας στο σημείο της βουτιάς, πρέπει να είναι γνωστό και να είναι ανάλογο με το ύψος, από το σημείο που πέφτουν. Εκτός από τους πνιγμούς, υπάρχουν και οι κακώσεις που προκαλούν σε λουόμενους, τα κρις-κραφτ. Όσα πλησιάζουν στην ακτή με βενζινάκατο πρέπει να μηνύονται και να διώκονται, πριν κάνουν κακό σε λουόμενους, εμάς ή τα παιδιά μας.

10. Να μην αφήνουμε στη μέση του σπιτιού έπιπλα, γιατί τα παιδιά τρέχουν αστόχαστα και χτυπούν ή σκοντάφτουν. Ιδίως, πρέπει να ρυθμίζουμε το καλώδιο του σίδερου ή άλλα καλώδια, ώστε να μην αιωρούνται στη μέση του δωματίου και σκοντάφτουν τα παιδιά.

11. Να ελέγχουμε τα φρένα των ποδηλάτων των παιδιών.

12. Να βάζουμε ένα πορτάκι, στο επάνω μέρος της σκάλας, εάν υπάρχει νήπιο και όπου μπορεί να γίνει και αυτό να ανοίγεται δύσκολα, γιατί καμιά φορά θα ξεφύγει το νήπιο και θα κατακυλήσει από εκεί.

13. Όταν έχουμε μεγάλες τζαμόπορτες π.χ. στα μπαλκόνια, να βάζουμε κάποιο αυτοκόλλητο επάνω (π.χ. γραμμή ή βούλες), ώστε να φαίνεται ότι η πόρτα είναι κλειστή. Πολλά τραύματα και

μερικοί θάνατοι νέων ανθρώπων συνέβησαν, γιατί κάποιος νόμισε ότι η πόρτα είναι ανοικτή και έπεσε απάνω του, με αποτέλεσμα να σπάσει το τζάμι.

- 14.** Τα παιδιά συνηθίζουν να βάζουν τα δάχτυλά τους, στις πόρτες των σπιτιών και των αυτοκινήτων. Έτσι μαγκώνουν τα δάχτυλά τους ή τους τα μαγκώνουμε εμείς οι μεγάλοι, όταν δεν έχουμε το νου μας σ' αυτόν τον κίνδυνο.
- 15.** Πολλές φορές τραβάμε απότομα ένα παιδί από το χέρι, για να το προστατεύσουμε π.χ. στο δρόμο με αποτέλεσμα να πάθει εξάρθρωση ώμου.
- 16.** Συχνά τα αγόρια μπαίνουν σε οικοδομές για εξερεύνηση ή για παιχνίδι. Εκεί πατούν σανίδες, ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα, που έχουν πάνω πρόκες και τραυματίζονται. Είναι συχνή περίπτωση στη χώρα μας, γιατί οι εργολάβοι δεν έχουν αποκτήσει τη συνήθεια να βγάζουν τις πρόκες, το συντομότερο δυνατό.
- 17.** Τα άσχημα αστεία στο σχολείο, η επίδειξη δύναμης κι η έλλειψη επίβλεψης στο διάλειμμα, δημιουργούν πιο πολλά ατυχήματα απ' όσα συμβαίνουν στο οικιακό περιβάλλον, αν μετρήσουμε τα ατυχήματα των παιδιών 5-15 ετών.
- 18.** Στο σχολείο επίσης οι δάσκαλοι κι οι γυμναστές, και στους άλλους χώρους οι γονείς, πρέπει να προσέχουν ώστε τα παιδιά να μην παίζουν με μεγάλες μπάλες, βαριές και σκληρές, που δεν αντιστοιχούν στην ηλικία τους, γιατί έτσι παθαίνουν κατάγματα, διαστρέμματα κι άλλες βλάβες των δακτύλων. Και αυτό φάνηκε από ευρωπαϊκή έρευνα EHLASS στα νοσοκομεία, όπου προσέρχονται για θεραπεία παιδιά 6-12 ετών, ή και μεγαλύτερα.
- 19.** Στις παιδικές χαρές, χρειάζεται εκλογή οργάνων από ειδικούς και κατάλληλες προδιαγραφές για τη συντήρησή τους. Μια τσουλήθρα κλασική π.χ. μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη όταν σπάσει και δεν

το προσέξει κανείς. Ένας υπάλληλος του Δήμου, που επιβλέπει τα παιδιά (όσα δεν έχουν εκεί τους γονείς τους) αξίζει το μισθό του, και δεν πρέπει να λείπει από τέτοιους χώρους. Στο παράδειγμα της τσουλήθρας π.χ. είναι πολλά παιδιά που ανεβαίνουν ανάποδα, με κίνδυνο να προκαλέσουν ατύχημα στον εαυτό τους ή σ' άλλα παιδιά, γεγονός που μπορεί να αποφευχθεί με την παρουσία του φύλακα.

- 20.** Όταν τα παιδιά ανεβαίνουν σε δέντρα, πρέπει να αγρυπνούμε, διότι είναι μια επικίνδυνη άσκηση. Κυρίως, οι συκίες έχουν γίνει αιτία πολλών καταγμάτων από πτώση, επειδή τα κλαδιά τους σπάνε εύκολα, και πολλοί, μικροί ή μεγάλοι, δεν το ξέρουν.
- 21.** Όταν τρώμε φρούτα, εμείς ή τα παιδιά μας, δεν πρέπει ποτέ να πετάμε τις φλούδες κάτω, όχι μόνο για λόγους καθαριότητας, αλλά για την πρόληψη γλιστρήματος ή πτώσεως, που στην περίπτωση αυτή έχει ιδιαίτερα βαριές συνέπειες.
- 22.** Οι σκύλοι όταν γυρίζουν ελεύθεροι, δαγκώνουν συχνά ή φοβίζονται τα παιδιά, ή επιτίθενται κιόλας. Οι φιλόζωοι πρέπει να συνοδεύουν τα σκυλιά τους στο δρόμο και τα αδέσποτα πρέπει να συγκεντρώνονται.
- 23.** Τα μπαλκόνια πρέπει να έχουν τα κατάλληλα προστατευτικά κάγκελα και να μην αφήνουμε καρέκλες ή άλλα πράγματα κοντά στα κάγκελα, γιατί τα παιδιά ενστικτωδώς ανεβαίνουν επάνω και σκύβουν. Κατάλληλα κάγκελα είναι όσα έχουν 80 εκ. και κάθετα κάγκελα χωρίς στολίδια. Τα οριζόντια κάγκελα γίνονται σκάλα για το παιδί, το ίδιο και τα διακοσμητικά σχέδια. Η απόσταση μεταξύ τους πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να μην χωράει ένα παιδικό κεφάλι.
- 24.** Όλα τα μεγάλα ψυγεία (για κρέας, για λαχανικά κ.τ.λ.), πρέπει να ανοίγουν οπωσδήποτε από μέσα, ακόμα και όταν δε λειτουργούν,

εφ' όσον χωράει μέσα άνθρωπος ή μικρό παιδί. Αν αυτό δε συμβαίνει, πρέπει οι πόρτες τους να μη μπορούν να κλείσουν, πριν θρηνήσουμε κι άλλους θανάτους από την αιτία αυτή.

- 25.** Αναφέρθηκαν περιπτώσεις κατά τις οποίες ένα παιδί έριξε οινόπνευμα για να ενισχύσει τη φωτιά μιας ψησταριάς, πιέζοντας ένα πλαστικό μπουκάλι. Από την ακτίνα της συνεχούς ροής, γύρισε πίσω η φωτιά και μεταδόθηκε στο μπουκάλι, με αποτέλεσμα το παιδί να πάθει σοβαρά εγκαύματα. Και στο σημείο αυτό, οι ενημερωμένοι γονείς θ' αποφύγουν αυτήν τη πρακτική ή καλύτερα δε θ' αγοράζουν πλαστικά μπουκάλια με οινόπνευμα.
- 26.** Τραγικά συχνά, είναι δυστυχώς ακόμα στην Ελλάδα, ένα είδος ατυχήματος που έχει σχέση με την ευθύνη των κυνηγών και οι συνθήκες κάθε φορά είναι παρόμοιες: είναι οι πυροβολισμοί και οι ανθρωποκτονίες, με δράστες νήπια ή παιδιά που περιεργάζονται κυνηγετικά όπλα, που τα βρίσκουν κρεμασμένα, γεμάτα και ανασφάλιστα. Μεγάλη είναι και η ευθύνη των γονέων. Τελευταία, είναι συχνά και τα ατυχήματα με δράστες ή θύματα παιδιά, των οποίων ο πατέρας είναι αστυνομικός, άφησε ακλείδωτο και γεμάτο το υπηρεσιακό του περίστροφο στο σπίτι.
- 27.** Πολλά εγκαύματα και ακρωτηριασμοί έχουν γίνει από πυροτεχνήματα. Μερικά απ' αυτά είναι εκρηκτικά και κατασκευάζονται πρόχειρα και παράνομα, από δυναμίτιδα. Τις ημέρες του Πάσχα, ας προσέχουμε τι κρατούν τα παιδιά και τι βάζουν στην τσέπη τους.
- 28.** Όταν ανεβαίνει παιδί στην καρέκλα, αυτό αποτελεί σήμα κινδύνου. Αλλά κι εμείς όταν ανεβαίνουμε με σκάλα ή καρέκλα, χωρίς τη βοήθεια άλλου προσώπου, για να κρεμάσουμε τη κουρτίνα ή να πάρουμε κάτι από το πατάρι, πρέπει να θυμόμαστε ότι αυτός είναι ένας από τους συχνότερους τρόπους, που πέφτει

κανείς στο σπίτι και παθαίνει άσχημα κατάγματα. Με αυτόν τον τρόπο μεταδίδουμε το κακό παράδειγμα στα παιδιά μας, τα οποία προσέχουν περισσότερο τι κάνουμε παρά τι τους λέμε.

- 29.** Όλοι μπορούμε να γλιστρήσουμε στο σπίτι, όταν το πάτωμα είναι γυαλισμένο ή όταν υπάρχουν μικρά χαλάκια ή όταν υπάρχει ένα σκαλοπάτι, μεταξύ δύο δωματίων ή μεταξύ λουτρού και διαδρόμου. Τα παιδιά υπόκεινται στον ίδιο κίνδυνο. Επίσης, κινδυνεύουν από απότομο πέσιμο και κάταγμα όταν γλιστράει ο πυθμένας της μπανιέρας. Ωστόσο, η βιομηχανία φτιάχνει μπανιέρες με επιφάνεια.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΟΔΗΓΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ηλικία	Δραστηριότητα	Κίνδυνος-Προφύλαξη
1-4 μήνες *	Στρέφεται αβοήθητο	Ασφυξία (μαξιλάρι, πλαστικά) εισρόφηση, εγκαύματα ασφάλεια κούνιας
5-7 μήνες *	Πλησιάζουν αντικείμενα, τα τοποθετούν στο στόμα, περιστρέφονται, κάθονται	Πτώση, εισρόφηση, εγκαύματα, δηλητηρίαση, ασφάλεια παιχνιδιών
8-12 μήνες *	Αρκουδίζουν, στέκονται και περπατούν	Πτώση, εισρόφηση, ασφυξία, εγκαύματα, δηλητηρίαση, σιρόπι ιπεκακουάνας ^{***} , τηλ. Νοσοκομείου και κέντρου δηλητηριάσεων
1-3 χρόνια	Ερευνά το σπίτι, σκαρφαλώνει, παίζει με νερό, τεμαχίζει αντικείμενα, μιμείται μεγάλους	Εγκαύματα, ηλεκτροπληξία, πνιγμός. Πάρκο-δωματίου, κάθισμα ασφαλείας στο αυτοκίνητο
4-5 χρόνια	Πετά αντικείμενα, ποδήλατο, αναρρίχηση, ερευνά τη γειτονιά	Τροχαία, εγκαύματα, πνιγμός, δηλητηριάσεις, επίβλεψη παντού
6-10 χρόνια **	Δοκιμάζουν τα πάντα, μέλος ομάδας	Κολύμπι, κανόνες οδικής κυκλοφορίας, αντιμετώπιση ζώων
10-14 χρόνια	Έντονη φυσική άσκηση	Επιβλεπόμενοι χώροι άθλησης, προετοιμασία για οδήγηση
Εφηβεία	Αλκοολισμός, κάπνισμα, φάρμακα	Ενημέρωση

* Μηχανική ασφυξία είναι η κυριότερη αιτία ατυχήματος. Απαιτείται επίβλεψη 100%

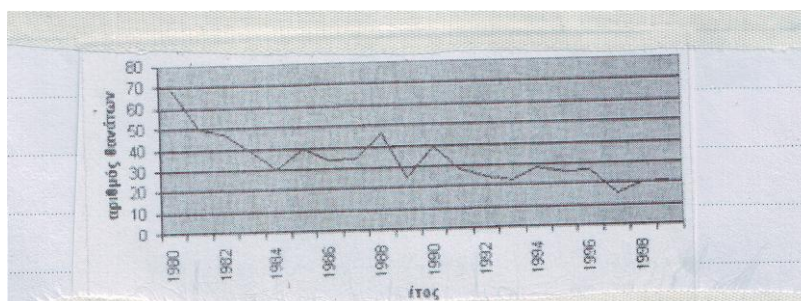
** Η ασφάλεια τους είναι κατά 90% δική τους υπευθυνότητα

*** Σιρόπι ιπεκακουάνας (iprecavon) θα πρέπει να υπάρχει σε κάθε

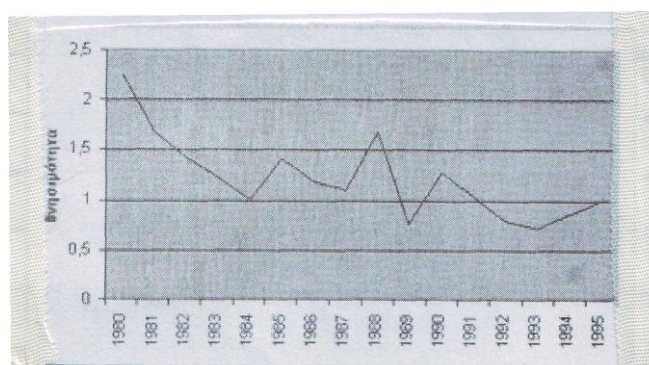
οικογένεια, με παιδιά ηλικίας 1-5 χρόνων.

- Στην Ελλάδα, οι πνιγμοί είναι το ατύχημα με τη μεγαλύτερη θνησιμότητα. Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (ΕΣΥΕ) κατέγραψε 5.704 πνιγμούς, χωρίς πρόθεση, κατά τη διάρκεια της εικοσαετίας 1980-1999, αριθμός που αντιστοιχεί περίπου σε 300 πνιγμούς το χρόνο. Τα ατυχήματα συνέβησαν στη θάλασσα, σε λίμνες, ποτάμια, πισίνες, δεξαμενές, ακόμη και σε μπανιέρες.
- Κάθε χρόνο 20 παιδιά (μικρότερα 14 ετών) και 15 έφηβοι (15-19 ετών) πνίγονται. Για κάθε παιδί που πνίγεται, άλλα 7 παιδιά εξετάζονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και άλλα 6 περίπου νοσηλεύονται (δεδομένα 5 ετών από το Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων Εξωτερικών Ιατρείων – ΣΚΑΕΙ, για τους πνιγμούς και τους παρά λίγο πνιγμούς).
- Η ΕΣΥΕ κατέγραψε 666 θανάτους από πνιγμό, χωρίς πρόθεση, κατά τη διάρκεια της εικοσαετίας 1980-1999 σε παιδιά κάτω των 14 ετών και σε εφήβους 15-19 ετών. Οι πνιγμοί χωρίς πρόθεση, σ' αυτές τις ηλικιακές ομάδες, ακολουθούν πτωτική τάση, από το 1980 μέχρι σήμερα (όπως φαίνεται στο διάγραμμα 1 ή 2).

Διάγραμμα 1: Κατανομή 666 πνιγμών, χωρίς πρόθεση, σε παιδιά και εφήβους μικρότερους των 20 ετών, ανά έτος (Πηγή Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας-ΕΣΥΕ, 1980-1999)



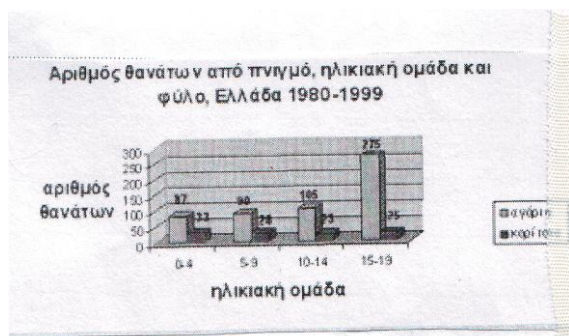
Διάγραμμα 2: Θνησιμότητα Ανά 100.000 παιδιών και εφήβων μικρότερων των 20 ετών, από πνιγμό χωρίς πρόθεση, ανά έτος (Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας-ΕΣΥΕ, 1980-1995)



Το 84% των πνιγμών στην παιδική και εφηβική ηλικία, συμβαίνει στους άρρενες. Μάλιστα όπως δείχνει το διάγραμμα 3, η δυσμενής αυτή αναλογία για τα αγόρια, γίνεται περισσότερο εμφανής στην ηλικιακή ομάδα των εφήβων (15-19 ετών).(αλκοολισμός, κάπνισμα, φάρμακα)

Στα διαγράμματα 3 και 4, φαίνεται ακόμη ότι η πιο επικίνδυνη ηλικία για πνιγμό στα παιδιά και εφήβους είναι μεταξύ των 15 και 19 ετών (45% των πνιγμών). Το γεγονός μπορεί να αποδοθεί στην επικίνδυνη συμπεριφορά των εφήβων, στην πιθανή κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και στην αυξημένη ενασχόλησή τους με θαλάσσια σπορ.

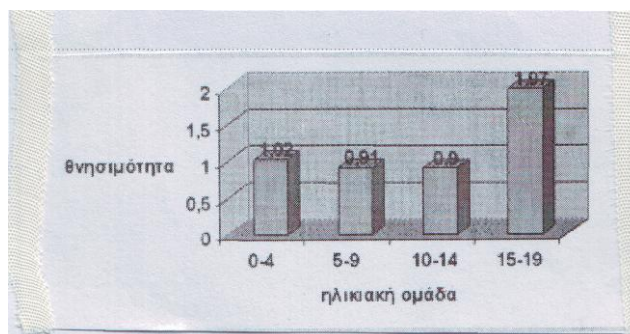
Διάγραμμα 3: Κατανομή των 666 πνιγμών, χωρίς πρόθεση, σε παιδιά και εφήβους μικρότερους των 20 ετών, ανά ηλικία και φύλλο. (Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας-ΕΣΥΕ, 1980-1999)



Παρατηρούμε ότι ο αριθμός των πνιγμών στα αγόρια, είναι μεγαλύτερα των κοριτσιών και αυτό γιατί συχνά διακρίνονται από: υπερκινητικότητα, περιέργεια, θάρρος και συχνά είναι ευερέθιστα. Έχουν τάση να μιμούνται τους μεγαλύτερους, είναι μυθομανή,

ισχυρογνώμονα, απρόσεκτα, επιθετικά, μικρό εύρος προσοχής και απείθαρχα.

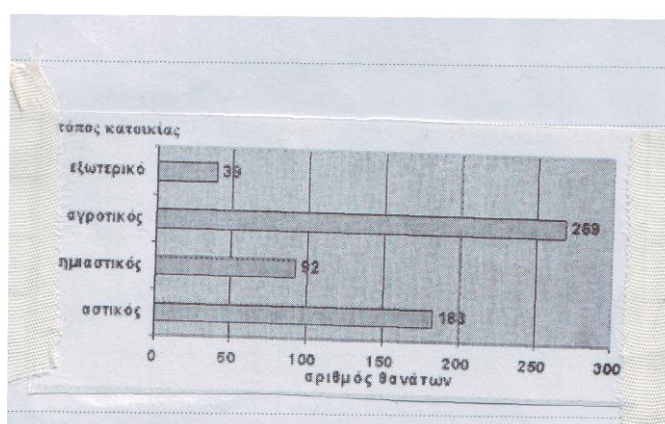
Διάγραμμα 4: Θνησιμότητα ανά 100.000 παιδιών και εφήβων μικρότερων των 20 ετών, από πνιγμό χωρίς πρόθεση, ανά ηλικιακή ομάδα (Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας-ΕΣΥΕ, 1980-1995)



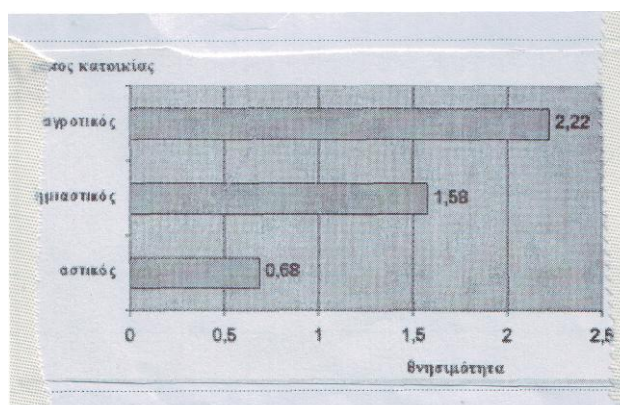
Ανάμεσα στα θύματα από πνιγμό, το 46%, ήταν κάτοικοι αγροτικών περιοχών, το 31% αστικών και το 16% ημιαστικών. Περίπου 7% των θυμάτων ήταν αλλοδαποί (διάγραμμα 5). Επίσης, δεν γνωρίζουν την κατάσταση που επικρατεί, αν π.χ. αν στη συγκεκριμένη παραλία υπάρχει κάποιο δυνατό θαλάσσιο ρεύμα θα πρέπει να έχουν πάντα μαζί τους τον κατάλληλο εξοπλισμό, να ακολουθούν πιστά τους κανόνες ασφαλείας, (καθώς να υπάρχει και ειδική σημαδούρα στη θάλασσα), πράγμα ανέφικτο λόγω της ανεπαρκούς πληροφόρησης των αγροτικών περιοχών. Τα ελληνόπουλα των αγροτικών περιοχών, έχουν την

υψηλότερη θνησιμότητα από πνιγμό, σε αντίθεση με τα απιδιά των αστικών περιοχών που έχουν τη χαμηλότερη θνησιμότητα (διάγραμμα 6). Το μεγαλύτερο ποσοστό διακατέχουν, και με πρωτιά κιόλας οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών, και αυτό γιατί δεν κολυμπούν σωστά και δεν έχουν την ευκαιρία να εξασκηθούν και να μάθουν.

Διάγραμμα 5: Κατανομή 583 πνιγμών, χωρίς πρόθεση, σε παιδιά και εφήβους μικρότερους των 20 ετών, **ανά τόπο κατοικίας** (Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας-ΕΣΥΕ, 1980-1995)

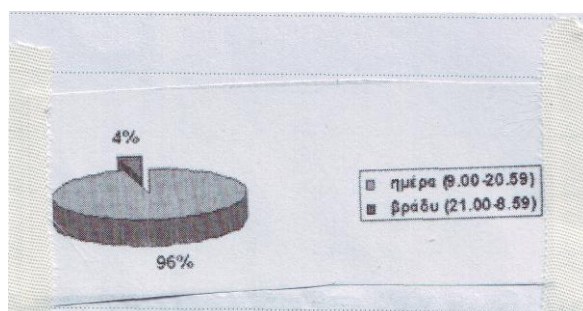


Διάγραμμα 6: Θνησιμότητα ανά 100.000 παιδιών και εφήβων μικρότερων των 20 ετών, από πνιγμό χωρίς πρόθεση, **ανά ηλικιακή ομάδα** (Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας-ΕΣΥΕ, 1980-1999)



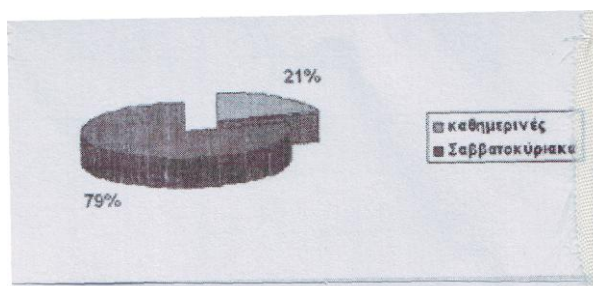
Η συντριπτική πλειονότητα των πνιγμών σε παιδιά, μικρότερα των 15 ετών (96%) συνέβησαν κατά τη διάρκεια της ημέρας (9.00-20.59)

Διάγραμμα 7: Κατανομή των πνιγμών και παρ' ολίγου πνιγμών, σε παιδιά μικρότερα των 15 ετών, ανά τόπο ατυχήματος (Πηγή: Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων Εξωτερικών Ιατρείων-ΣΚΑΕΙ, 1996-2006)

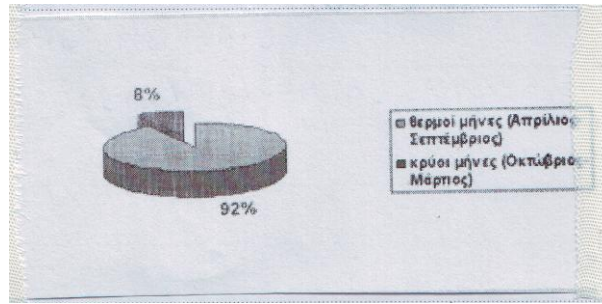


Κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου, διαδραματίστηκε περίπου το 80% των πνιγμών και απρ' ολίγου πνιγμών, σε παιδιά κάτω των 15 ετών.

Διάγραμμα 8: Κατανομή των πνιγμών και παρ' ολίγου πνιγμών, σε παιδιά μικρότερα των 15 ετών, ανά ημέρα ατυχήματος (Πηγή: Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων Εξωτερικών Ιατρείων-ΣΚΑΕΙ, 1996-2000)



Διάγραμμα 9: Κατανομή των πνιγμών και παρ' ολίγου πνιγμών, σε παιδιά μικρότερα των 15 ετών, ανά εποχή του έτους (Πηγή: Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων Εξωτερικών Ιατρείων-ΣΚΑΕΙ, 1996-2000)



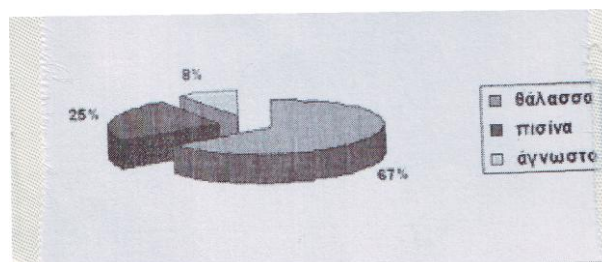
Περισσότερα του 90% των **πνιγμών** σε παιδιά κάτω των 15 ετών, έλαβαν χώρα τους «θερμούς» μήνες του έτους (Απρίλιο έως και Σεπτέμβριο).

Οι κίνδυνοι είναι μεγαλύτεροι.

Οι πνιγμοί και οι παρ' ολίγον πνιγμοί, συμβαίνουν συνήθως στη θάλασσα και στις πισίνες. Στην Ελλάδα το 70% σχεδόν των πνιγμών και παρ' ολίγον πνιγμών, σε παιδιά μικρότερα των 15 ετών, διαδραματίζονται στη θάλασσα, ενώ το 25% σε πισίνες.

Υπάρχουν άτομα που επιβλέπουν, τηρούνται κανόνες και κατάλληλος εξοπλισμός.

Διάγραμμα 10: Κατανομή των πνιγμών και παρ' ολίγου πνιγμών, σε παιδιά μικρότερα των 15 ετών, ανά τόπο ατυχήματος (Πηγή: Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων Εξωτερικών Ιατρείων-ΣΚΑΕΙ, 1996-2000)



Πόσο σημαντικό είναι το πρόβλημα;

Είναι γεγονός ότι στην Ελλάδα, εν αντιθέσει με την κατάσταση που επικρατεί σ' άλλα παιδικά ατυχήματα, βρίσκεται σε καλή θέση ανάμεσα στις αναπτυγμένες χώρες, όσο αφορά τους πνιγμούς στην παιδική ηλικία.

Πίνακας 1. θνησιμότητα ανά 100.000, σε παιδιά 1-14 ετών, από πνιγμούς χωρίς πρόθεση, στις πιο μεγάλες χώρες του ΟΟΣΑ, εκτός Τουρκίας (Πηγή: Ανάλυση της WHO Mortality Database από το London school of Hygiene and Tropical Medicine, 1991-1995)

ΧΩΡΕΣ	ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	0,39
ΙΤΑΛΙΑ	0,46
ΕΛΛΑΔΑ	0,56
ΓΑΛΛΙΑ	0,81
ΙΣΠΑΝΙΑ	1,12
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1,24
ΚΑΝΑΔΑΣ	1,26
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1,33
Η.Π.Α.	1,74
ΙΑΠΩΝΙΑ	1,93
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	1,97
ΤΣΕΧΙΑ	2,23
ΠΟΛΩΝΙΑ	2,84
ΜΕΞΙΚΟ	3,30
ΝΟΤΙΑ ΚΟΡΕΑ	5,14

Το γεγονός όμως παραμένει ότι οι πνιγμοί και τα υπόλοιπα ατυχήματα, μπορούν σε σημαντικό βαθμό να προληφθούν. Και για να μπορέσουμε ν' αντιληφθούμε τις διαστάσεις του προβλήματος, θα αντιπαραβάλουμε τα τελευταία διαθέσιμα δεδομένα (1999) για τους θανάτους, από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας. Όπως φαίνεται στον πίνακα 2., οι θάνατοι από πνιγμό το 1999, για όλες τις ηλικίες, ήταν περίπου ίσοι με τους θανάτους από αυτοκτονίες και σχεδόν τριπλάσιοι των ανθρωποκτονιών από πρόθεση. Αν μάλιστα αναφερθούμε στην ηλικιακή ομάδα των 0-19 ετών, τότε οι θάνατοι από πνιγμό ισούνται περίπου με το άθροισμα δολοφονιών και αυτοκτονιών.

Πίνακας 2. Θάνατοι στην Ελλάδα το έτος 1999 κατά ηλικία το θανόντος
(Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος)

Ηλικία	Πνιγμοί	Αυτοκτονίες	Ανθρωποκτονίες
όλες οι ηλικίες	368	381	130
0-14 ετών	11	0	4
15-19 ετών	10	12	7
0-19 ετών	21	12	11

Βιβλιογραφία

- 1.American Association of Critical Care Nurses: Outcome standard for nursing care of the Critically, M. Laguna Nigual, CA, American Association of Critical Care Nurses, 1990.
- 2.Armstrong ME et al.: McCraw-Hill Handbook of Clinical Nursing, Newe York, McCraw-Hill 1979, London, Wolfe Medical Publ, 1985.
- 3.Batrett J.: Accident and emergency nursing, Oxford, Blackwell, Szientific, 1985.
- 4.Βασώνης Δ. Επίτομος Χειρουργική και Ορθοπεδική. Εκδ. 4η, Αθήνα 1985:82-91.
- 5.Αλεξάκης Δ. Ιωάννοβιτς Ι. Η εγκαυματική νόσος. Βλ. Πλαστική Χειρουργική Ιωάννοβιτς Ι, Αθήνα, Λίτσας 1990:361, 410-417.
- 6.Ρουμελιώτης Δ Α. Ιατρική αποκατάσταση. Αθήνα, Ζήτα 1993:440-450.
- 7.Brunner E, Ferguson S. Εγχειρίδιον παθολογικής -Χειρουργικής Νοσηλευτικής. Μτφ. Σχολή Αξιωματικών Αδελφών Νοσοκόμων, Τόμος 4ος, Αθήνα 1978:220-253.
- 8.Mahoney E A, et al. Handbook of Medical-Surgica\ Nursing. Wiley & Sons, 1985:209.
- 9.Τούντας Κ. Πρώτες βοήθειες-Επείγουσα διαγνωστική-Θεραπευτική. Αθήνα, Παρισιάνος 1983:275-279.

10. Heslíp M C. Burns injuries. *Nursing* 11, 1983, 2(3): 312-314.
11. Bass JL., Meththa KA: Developmentally oriented safety surveys. *Clín Pediatr* 19:250, 1980.
12. Cupit G., Temple A.R.: Gastrointestinal decontamination in the management of poisoned patient. *Enter Clín North Am* 2:15, 1984.
13. Feldman KW.: Prevention of childhood accidents: recent progress, *Pediatr Rev* 2:75, 1980.
14. Lovejoy F.H. Jr. Chafee-Bahamon C.: the physician's role in accident prevention, *Pediatr. Rev.* 4:53, 1982.
15. McCormick MC., Shapiro S., Starfield B. H. : Injury and its correlates among 1year old children *Am. J. Dis. Child* 135: 159, 1981.
16. McIntire M.S. (ed): *Handbook on Accident Prevention*. New York 1980, Harper & Row Publishers Inc.
17. Pless I.B., Stulginskis J.: Accident and violence as a cause of morbidity and mortality in childhood. *Adv pediatr* 29:471, 1982.
18. Temple A.R: Poison control centers: Prospects and capabilities. *Ann. Rev Pharmacol Toxicol* 17: 215, 1977.

- 19.Veltri J.C., Temple A.R.: Telephone management of poisonings using syrup of ipecac. *Clinical Toxicology* 9: 407, 1976.
- 20.Walton W.W.: An evaluation of Poison Prevention Packaging Act. *Pediatrics* 69: 363, 1982.
- 21.Βασώνης Δ. Επίτομος Χειρουργική και Ορθοπαιδική. Εκδ. 4η, Αθήνα 1985:82-91.
- 22,Αλεξιάκης Δ. Ιωάννοβιτς Ι. Η εγκαυματική νόσος. Βλ. Πλαστική Χειρουργική Ιωάννοβιτς Ι, Αθήνα, Λίτσας 1990:361, 410-417.
- 23,Τσιλιγκιρόγλου-Φαχαντίδου Α. Η ανατομία του ανθρώπινου σώματος. Εκδ. ΒΙ University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1989:406.
- 24.Ρουμελιώτης Δ Α. Ιατρική αποκατάσταση. Αθήνα, Ζήτα 1993:440-450.
- 25.Brunner E, Ferguson S. Εγχειρίδιον παθολογικής -Χειρουργικής Νοσηλευτικής. Μτφ. Σχολή Αξιωματικών Αδελφών Νοσοκόμων, Τόμος 4ος, Αθήνα 1978:220-253.
- 26.Mahoney E A, et al. Handbook of Medical-Surgical Nursing. Wiley & Sons, 1985:209.
- 27.Τούντας Κ. Πρώτες βοήθειες-Επείγουσα διαγνωστική-Θεραπευτική. Αθήνα, Παρισιάνος 1983:275-279.
- 28.Τουσίμης Δ. Στοιχεία Χειρουργικής. Αθήνα, Πελεκάνος, 1992.

29. Δημόπουλος Ν Δ. Θέματα Γενικής Ιατρικής. Αθήνα, Ασκληπιάδες 1992:51.
30. Μανιός Α. και συν. Η πρόγνωση του εγκαύματος των ηλικιωμένων με τη βοήθεια ενός μαθηματικού μοντέλου. Επιθεώρηση Υγείας, 1992 (3):48-
31. Αλιβιζάτος ΚΝ, Μπερνάρδης ΝΙ. Εγχειρίδιον Χειρουργικής Παθολογίας. Αθήνα, Παρισιάνος 1970:51-57.
32. Ανδρουλάκης Γ. Διαχρονική εξέλιξη της παθοφυσιολογίας της καταπληξίας. Βλ. Ημέρες ανανήψεως "Πρόοδοι στο shock", Αθήνα, Βήτα 1987:9-.
- Βασιλείου Ι. Υποβολαιμικό shock και μικροκυκλοφορία. Βλ Ημέρες ανανήψεως "Πρόοδοι στο shock", Αθήνα, Βήτα 1987:28-32.
33. Καπελάκης Γ. Ολιγαμικό shock. Βλ Ημέρες ανανήψεως "Πρόοδοι στο shock", Αθήνα, Βήτα 1987:42-48.
34. Πέρος Γ. Επιπτώσεις της υπογκαιμικής καταπληξίας στα κύτταρα και τα ζωτικά όργανα. Βλ. Ημέρες ανανήψεως "Πρόοδοι στο shock", Αθήνα, Βήτα 1987:33-35.
35. Τσέκος Γ Ν. Λοιμώξεις, ανοσολογικές διαταραχές και θεραπευτικές απόψεις για το έγκαυμα. *Materia Medica Greca*, 1989, 17(1):9-23.
36. Rosenberg S N. Πρώτες βοήθειες, Μτφ. Θωμόπουλος Ι, Φυτράκης/ Τύπος, 1985:70-74.

- 37.Σιαμάγκα Ε. Εγκαυματική νόσος στην Ελλάδα, οργάνωση νοσηλευτικών μονάδων. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1993:24, 32-38.
- 38.Ιωάννοβιτς Ι, Παπαστρατής Γ. Προβληματισμοί πάνω στην ίδρυση και λειτουργία μονάδων εγκαυμάτων στην Ελλάδα. Ιατρική, 1988,54:37-41.
- 39.Roberson C, Fenton O. Management of severe burns. British Med j, 1992: 83-87.
- 40.Saunders C E, Ho M T. Current: Emergency Diagnosis & Treatment. 4th ed, USA, Lange Medical Book, 1992: 691-702.
- 41.Purdue G F, et al. Inhalation Injuries and Burns in the Inner City. Βλ The Surgical Clinics of North American by Asensio J A. & Weigel I. J Philadelphia, Saunders, 1991,77(2): 385-396.
- 42.Παπαλάμπρος Ε. Θερμικές κακώσεις-Εγκαυμα. Βλ. Χειρουργική, Π.
- 43.Μπάλλα και συν. Εκδ. 2η, Τόμο Ρ;, Αθήνα, Λίτσας 1990 :195-210.
- 44.Goldberger E. Νερό, ηλεκτρολύτες και οξεοβασική ισορροπία. Μτφ. Α. Φερτάκη, 2η, Εκδ, Αθήνα, Παρισιάνος 1992:97-104.
- 45.Tucker C M, et al. Patient Care Standards. 3rd ed.,St. Louis, Mosby, 1984: 519-527.
- 46.Heslip M C. Burns injuries. Nursing 11, 1983, 2(3): 312-314.

47.The Lippincott Manual of Nursing Practice. 4th ed.,Philadelphia, Lippincott 1986: 630-645.

48.Thompson J M. et al. Clinical Nursing. St. Louis, Mosby 1986: 623-630.

49.Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μ. Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική: Νοσηλευτικές διαδικασίες. Τόμο 10ς, Αθήνα, Βήτα 1985:89, 102.

50.Μανδρέκας Α. Εγκαυμα-Άμεση αντιμετώπιση. Αθήνα, Αργυριάδης 1990.

51.Demling R H, Way L. Burns & Other Thermal Injuries. Βλ. Current Surgical Diagnosis & Treatment, BY Lawrence W. 10th ed.,USA, Lange Medical Book, 1994: 241-256.

52.Δημοσθένης Κ, Χριστοφίνας Μ, Χριστοφίνας Γ. Νοσηλευτική φροντίδα εγκαυμάτων και πλαστικών αποκατάσταση. Πρακτικά 40ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών-Νοσηλευτριών Χειρουργείου, Πόρτο-Ρίο, Πάτρα, 13 Οκτωβρίου 1993: 1541-155.

