

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ:

Καταγραφή της συχνότητας των ατυχημάτων σε παιδιά σε τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου.



Καθηγητής : Ροβίθης Μιχάλης
Σπουδάστριες : Γαλεράκη Φωτεινή
Περισυνάκη Γεωργία
Τριανταφύλλου Γλυκερία

Ηράκλειο 2010

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

A. ΓΕΝΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ	σελ.1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ.2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

σελ.6-10

1.1 Ορισμός ατυχήματος	σελ.11
1.2 Παιδιατρικό τραύμα. Βασικές αρχές αντιμετώπισης και πρόληψης	σελ.12-15
1.3 Παιδιατρικός πόνος	σελ.16-18
1.4 Η νοσηλευτική προσέγγιση στα ελληνικά νοσοκομεία ...	σελ.19-25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

2.1 Θνησιμότητα παιδικών ατυχημάτων	σελ.26-47
---	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

σελ.48-49

3.1 Πτώσεις	σελ.50-51
3.2 Τροχαία ατυχήματα	σελ.52-55
3.3 Δηλητηριάσεις	σελ.55-59
3.4 Εγκαύματα	σελ.60-64
3.5 Πνιγμοί και Πνιγμονές	σελ.65-70
3.6 Λοιπά ατυχήματα	σελ.71-82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	σελ.83-85
4.1 Ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στα παιδιά	σελ.86-98
4.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις στην οικογένεια	σελ.99-100
4.3 Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις	σελ.101-102

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

5.1 Συμβολή οικογένειας και εκπαιδευτικού προσανατολισμού για την αποφυγή και την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων	σελ.103-105
5.1.1 Ασφάλεια στο σπίτι	σελ.105-121
5.1.2 Ασφάλεια στο σχολείο	σελ.122-126
5.1.3 Ασφάλεια στην παιδική χαρά	σελ.127-130
5.1.4 Ασφάλεια στο κολύμπι	σελ.131-135
5.1.5 Ασφάλεια στο δρόμο	σελ.136-146
5.1.6 Λοιπά ατυχήματα.....	σελ.146-156
5.2 Συμβολή νοσηλευτή και σχολικού νοσηλευτή για την πρόληψη των ατυχημάτων	σελ.157-160
5.2.1 Ενημέρωση και παροχή οδηγιών στα παιδιά	σελ.161-169
5.2.2 Οδηγίες προς τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς	σελ.169-177

Β. ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

Σκοπός έρευνας	σελ.178-180
Υλικό και μέθοδος	σελ.181
Αποτελέσματα	σελ.181-185
Συζήτηση-Συμπεράσματα	σελ.186
Προτάσεις	σελ.186

Γ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Βιβλιογραφία	σελ.187-193
Ερωτηματολόγιο συλλογής στοιχείων	σελ.194-195

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Τα ατυχήματα αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας παιδιών και νέων ατόμων. Η αυξημένη συχνότητα των ατυχημάτων κατά την παιδική ηλικία εξηγείται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτής της ηλικίας, όπως, η αδυναμία αυτοπροστασίας, η αυξημένη περιέργεια, η άγνοια του κινδύνου, η τάση προς επίδειξη. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια τα παιδικά ατυχήματα έχουν πάρει στον τόπο μας διαστάσεις επιδημίας. Όμως, η αντιμετώπισή τους είναι εφικτή και η επιδημία είναι δυνατό 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 κανόνα "τυχαίο" και κατά συνέπεια αναπόφευκτο γεγονός. Υπολογίζεται 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 ατύχημα.

Ο όρος "ατύχημα" περιλαμβάνει μεταξύ 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.

Ατυχήματα σε βρέφη

Δεσπόζουσα αιτία θανατηφόρων ατυχημάτων στα βρέφη είναι οι πνιγμοί-πνιγμονές από εισρόφηση 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 εισρόφησης
- 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 σπίρτα και να προξενήσει πυρκαγιά ή να ανοίξει τη βρύση και να καεί με το ζεστό νερό. Διασκεδάζει να σκαρφαλώνει στα κάγκελα της βεράντας και να κάνει τσουλήθρα στην κουπαστή της σκάλας.

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. ([Πάνου 2007, Ανώνυμος 2002](#))

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.1

ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Το ατύχημα είναι ένα δυσάρεστο συμβάν, που γίνεται χωρίς τη θέλησή μας, ακούσια εντελώς τυχαία. Σήμερα με την πλατιά χρήση των μηχανών στη ζωή μας, την πύκνωση των συγκοινωνιών, τις εφαρμογές του ηλεκτρισμού, οι αιτίες των ατυχημάτων έχουν πολλαπλασιαστεί. Ένας τυχαίος τραυματισμός είναι η σημαντικότερη επιδημία στο δυτικό κόσμο σήμερα, και είναι ιδιαίτερα σημαντική ως αιτία θανάτου και ανικανότητα στην παιδική ηλικία.

Πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι σημαντικές αιτίες των ατυχημάτων, αλλά δεν υπάρχει καμία οργάνωση μέσα στην οποία οι γιατροί, οι επίσημοι οργανισμοί, η βιομηχανία, και οι εθελοντικοί οργανισμοί μπορούν να συγκεντρώσουν και να συντονίσουν τις προσπάθειές τους για να μειώσουν αυτούς τους περιβαλλοντικούς κινδύνους. Τα ατυχήματα έχουν πολύ δυσμενείς επιδράσεις στην υγεία των ατόμων. Αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτων σε παιδιά ηλικίας 1-14 ετών.

Η αυξημένη συχνότητα των παιδικών ατυχημάτων οφείλεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ηλικίας αυτής, όπως είναι η περιέργεια, η άγνοια του κινδύνου, η τάση προς επίδειξη, η επιδοκιμασία και ο θαυμασμός. Ο χαρακτήρας του παιδιού που διαμορφώνεται από το οικογενειακό περιβάλλον με βάση τα κληρονομικά χαρακτηριστικά μπορεί να προσδιορίσει και την πιθανότητα του ατυχήματος. Έτσι παιδιά ζωηρά, απείθαρχα, ορμητικά, επιθετικά είναι περισσότερο επιρρεπή προς τα ατυχήματα. Η υποχωρητικότητα των γονέων, η ανοχή και η διχογνωμία όπως και η υπερβολική πειθαρχία και υπέρ προστασία δημιουργούν παιδιά επιρρεπή προς τα ατυχήματα. Τα αίτια των παιδικών ατυχημάτων διαμορφώνονται με βάση το εξελικτικό στάδιο ανάπτυξης του παιδιού, το είδος της δραστηριότητάς του και την ηλικία. ([Αξιωτέλλης & Σια 1993](#), [Ανώνυμος 2002](#), [Jackson & Wilkinson 1976](#))

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.2

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Τραύμα είναι η βλάβη που προκαλείται στο σώμα από μια εξωτερική αίτια δηλαδή ένα κτύπημα, ένα μαχαίρι, μια σφαίρα, μια πέτρα, ένα σίδερο κ.ο.κ.

Σ' όλες τις περιπτώσεις τραυμάτων οι πρώτες βοήθειες έχουν σαν σκοπό:

- Το σταμάτημα της αιμορραγίας

-Την προφύλαξη από τη μόλυνση

-Την δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για γρήγορη επούλωση-ανάρρωση

Καμιά φορά, σ' έναν τραυματισμό μπορεί να κοπεί ένα αγγείο που μεταφέρει αίμα και τότε το αίμα τρέχει συνέχεια από το τραύμα ή πετά σαν πίδακας με το ρυθμό του σφυγμού. Τα αγγεία που γυρίζουν το αίμα πίσω στην καρδιά είναι οι φλέβες, ενώ αυτά που φέρνουν αίμα από την καρδιά είναι οι αρτηρίες. Πιο συχνά αιμορραγούν οι φλέβες και τότε το αίμα είναι σκούρο κόκκινο και τρέχει συνέχεια. Η αιμορραγία από μεγάλη φλέβα είναι επικίνδυνη. Πιο επικίνδυνη όμως είναι η αιμορραγία από τις αρτηρίες. Το αίμα τότε είναι ανοιχτό κόκκινο, αφρίζει και πετιέται με το ρυθμό του σφυγμού και με ορμή. Ο κίνδυνος από την αιμορραγία οφείλεται στο άδειασμα των αγγείων από το αίμα. Αν χαθεί ένα λίτρο περίπου αίμα προκαλείται καταπληξία (σοκ). Αν το αίμα που θα χαθεί είναι περίπου δύο κιλά προκαλείται θάνατος. Καταπληξία ή και θάνατος μπορεί να προκληθεί και από μία μεγάλη εσωτερική αιμορραγία, που προκαλείται από τον τραυματισμό ενός μεγάλου αγγείου μέσα στο θώρακα ή στην κοιλιά. Σ' αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να μην υπάρχει εξωτερικό τραύμα.

Προσοχή: Αν το τραύμα έχει γίνει από ένα ξένο σώμα (ξύλο, πέτρα, σίδερο κ.λ.π.) που εξακολουθεί να βρίσκεται σφηνωμένο στην περιοχή του τραύματος, δεν πρέπει να γίνει προσπάθεια ν' αφαιρεθεί το ξένο σώμα, επειδή μπορεί να προκληθεί μεγαλύτερη αιμορραγία. Η αφαίρεση του ξένου σώματος θα γίνει στο Νοσοκομείο.

Υπάρχουν δύο ειδών αιμορραγίες:

1. Φλεβική αιμορραγία: Πάνω στην περιοχή της αιμορραγίας εφαρμόζεται ένας ειδικός πιεστικός επίδεσμος. Αν δεν υπάρχει διαθέσιμος, τέτοιος επίδεσμος, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα καθαρό μαντήλι διπλωμένο πολλές φορές. Το μαντήλι πιέζεται δυνατά με τα δάχτυλα πάνω στην περιοχή που αιμορραγεί και δένεται πιεστικά μ' ένα συνηθισμένο επίδεσμο. Ο πιεστικός επίδεσμος δεν πρέπει να λύνεται ποτέ. Αν το τραύμα εξακολουθεί να αιμορραγεί, μπορεί να δεθεί δεύτερος επίδεσμος πάνω από τον πρώτο ή και τρίτος επίδεσμος πάνω από το δεύτερο.

2. Αρτηριακή αιμορραγία: Η αιμορραγία από την αρτηρία σταματάει πολύ πιο δύσκολα από τη φλεβική αιμορραγία. Σ' αυτή την περίπτωση πρέπει να πιεστεί η αρτηρία σε μια θέση που να βρίσκεται ανάμεσα στην καρδιά και στην περιοχή της αιμορραγίας ή να τοποθετηθεί το μέρος που αιμορραγεί πιο ψηλά από το υπόλοιπο σώμα. Όταν η αρτηρία πιεστεί στη θέση που πρέπει, τότε η αιμορραγία σταματά. Μόλις σταματήσει η αιμορραγία τοποθετείται στη θέση της πίεσης ένας πιεστικός επίδεσμος. Στην περίπτωση που η αιμορραγία εντοπίζεται σ' ένα μέλος και δεν υπάρχει πιεστικός επίδεσμος, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα μεγάλο μαντήλι διπλωμένο στο μάρκος. Μ' αυτό το μαντήλι θα τυλιχθεί πολλές φορές το μέλος (το χέρι ή ο μηρός). Οι άκρες του μαντηλιού θα δεθούν σε κόμπο, αφού κάτω από τον κόμπο περαστεί ένα ξύλο, έτσι που το ξύλο να δεθεί κι' αυτό με τον κόμπο. Στρίβοντας το ξύλο μπορούμε να σφίξουμε το μαντήλι αρκετά ώστε να σταματήσει η αιμορραγία. Η θέση που θα προκληθεί η πίεση και θα τοποθετηθεί ο πιεστικός επίδεσμος εξαρτάται από τη θέση της αιμορραγίας. Όταν αιμορραγεί κάποιο σημείο στο χέρι, η πίεση πρέπει να εφαρμόζεται στην εσωτερική επιφάνεια του μπράτσου και στα δύο τρίτα της απόστασης από τον αγκώνα στη μασχάλη. Όταν η αιμορραγία είναι στο πόδι, η πίεση εφαρμόζεται στην εσωτερική επιφάνεια του μηρού και στα δύο τρίτα της απόστασης από το γόνατο στη ρίζα του μηρού. Αν η αιμορραγία είναι στο κεφάλι, η αντίστοιχη αρτηρία πρέπει να πιεστεί σταθερά πάνω στο κόκαλο που βρίσκεται από κάτω της. Η θέση της αρτηρίας εντοπίζεται με τη βοήθεια του σφυγμού της που γίνεται αισθητός κάτω από τα δάκτυλα μας.

Προσοχή: Δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιείται για επίδεσμος σχοινί, κορδόνι, σύρμα ή στενό λουρί γιατί μπαίνει βαθιά και προκαλεί βλάβες που μπορούν να προκαλέσουν γάγγραινα και να οδηγήσουν σε ακρωτηριασμό. Ο επίδεσμος πρέπει να χαλαρώνεται για λίγο κάθε μια ώρα και να σφίγγεται και πάλι μετά. Το σφίξιμο πρέπει να είναι τόσο, όσο χρειάζεται για να σταματήσει η αιμορραγία. Το υπερβολικό σφίξιμο είναι επικίνδυνο. Αν

δεν υπάρχει πρόχειρος επίδεσμος, τότε η αρτηρία πρέπει να πιάζεται συνέχεια με τα δάχτυλα μέχρι να φθάσει ο τραυματίας στο νοσοκομείο. Αυτό Ισχύει και για τις περιπτώσεις που η αιμορραγία εντοπίζεται στο κεφάλι οπότε δεν μπορεί, φυσικά, να χρησιμοποιηθεί επίδεσμος.

Προφύλαξη από μόλυνση: Η μόλυνση σ' ένα τραύμα προκαλείται από μικρόβια που μπαίνουν σ' αυτό από τη γύρω περιοχή, με το ξένο σώμα που προκάλεσε το τραύμα, με τη σκόνη και μ' οτιδήποτε έρθει σ' επαφή με την επιφάνεια του τραύματος. Γι' αυτό το λόγο κάθε τι που θα χρησιμοποιηθεί για την περιποίηση του τραύματος πρέπει να είναι απόλυτα καθαρό, να μην περιέχει δηλαδή μικρόβια. Μόνο σε πολύ μεγάλη ανάγκη (π.χ., σε μεγάλη αιμορραγία), όταν κινδυνεύει άμεσα η ζωή του τραυματία, η προφύλαξη από τη μόλυνση έρχεται σε δεύτερη μοίρα. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι η μόλυνση με μικρόβια τετάνου. η προφύλαξη από τον τέτανο μπορεί να εξασφαλιστεί με τον καλό καθαρισμό του τραύματος, την αφαίρεση ξένων σωμάτων, την τοπική εφαρμογή ενός αντισηπτικού και την ένεση ανθρώπινου αντιτετανικού όρου.

Περιποίηση και καθαρισμός του τραύματος : Τα μικρά τραύματα πλένονται με οξυζενέ ή με διάλυμα βορικού ή και με νερό που έχει βράσει. Όταν αφαιρεθούν όλες οι ακαθαρσίες, γίνεται επάλειψη με ιώδιο, ή betadine και το τραύμα σκεπάζεται με αποστειρωμένη γάζα που συγκρατιέται στη θέση της με επίδεσμο. Για τον καθαρισμό του τραύματος από λάδια μηχανής χρησιμοποιείται βενζίνη ή αιθέρας.

Αν το τραύμα αιμορραγεί, εφαρμόζεται πιεστικός επίδεσμος, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω.

Αν το τραύμα είναι καθαρό, τότε δεν χρειάζεται καθαρισμό, αλλά μόνο επάλειψη με ιώδιο ή Betadine.

Αν το τραύμα είναι βαθύ, πρέπει να εξεταστεί όσο γίνεται πιο γρήγορα από γιατρό. [\(Genter & Society\)](#)

Συγκεκριμένα για το παιδιατρικό τραύμα :

Τα παιδιατρικά ατυχήματα δεν είναι κακοτυχία, είναι νόσος που λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας, εναντίον της οποίας δεν υπάρχει κανένα εμβόλιο και δεν μπορεί να υπάρξει ανοσία. Στις σύγχρονες κοινωνίες, τα τελευταία 20 χρόνια, το παιδιατρικό τραύμα αποτελεί σημαντικότερο πρόβλημα υγείας, ενώ η δραματική αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων και των τραυματισμών οδηγεί στην αναγκαιότητα επαναπροσδιορισμού των αιτιών και του τρόπου αντιμετώπισης του πολυτραυματισμένου παιδιού. Η μοναδικότητα του χαρακτήρα και της συμπεριφοράς του παιδιού το καθιστούν ευάλωτο σε επικίνδυνη

δραστηριότητα, ενώ παράλληλα οι ανατομικές και φυσιολογικές ιδιαιτερότητες του παιδιατρικού πληθυσμού διαφοροποιούν την πρωταρχική εκτίμηση και αντιμετώπισή του σε σχέση με τους ενήλικες. Αποφασιστική σημασία για την αποτελεσματική αντιμετώπιση ενός τραυματισμένου παιδιού έχει η δυνατότητα της γρήγορης εκτίμησης, της σωστής αξιολόγησης και της ιεράρχησης των αναγκών του επείγοντος. Η ιεράρχηση στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση γίνεται με τη μέθοδο A-B-C-D-E, που περιλαμβάνει τον έλεγχο του αεραγωγού και της αναπνοής, την εκτίμηση της κυκλοφορίας, τη νευρολογική αξιολόγηση και τη γενική εξέταση μετά από αφαίρεση των ενδυμάτων. Τα παιδιατρικά ατυχήματα είναι αποτέλεσμα ποικίλων παραγόντων που έχουμε υποχρέωση να προλάβουμε. Η εφαρμογή ολοκληρωμένων προληπτικών μέτρων προϋποθέτει σοβαρές επιδημιολογικές μελέτες, ώστε να καθοριστούν οι παράγοντες που συνδέονται με τη συχνότητα, τη βαρύτητα, το κόστος και τις συνέπειες των τραυματισμών και να τονιστεί ότι η δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος είναι το σημαντικότερο μέτρο για την πρόληψη των ατυχημάτων στα παιδιά, με δεύτερο μέτρο την εκπαίδευση του κοινωνικού συνόλου. ([Καλαμπόκης & Τσουμάκας 2004](#))

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.3

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Καθημερινό φαινόμενο σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα, ο πόνος απαιτεί την κατάλληλη αντιμετώπιση, ιδιαίτερα όταν αφορά στα παιδιά. Καθήκον κάθε λειτουργού της υγείας και ιδιαίτερα του νοσηλευτή, είναι να καταλάβει κάθε προσπάθεια ανακούφισης του ασθενούς που έχει στην ευθύνη του. Ο πόνος βιώνεται σε κάποιο βαθμό από τον καθένα. Ωστόσο, αποτελεί μια πολύ εξατομικευμένη εμπειρία και είναι δύσκολο να οριστεί ή να κατανοηθεί. Είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα πολύ υποκειμενικό, που μόνο το άτομο που το βιώνει μπορεί να περιγράψει και να αξιολογήσει. Μπορεί να προκληθεί από πολλά ερεθίσματα, όμως η αντίδραση σ' αυτό δεν μπορεί να μετρηθεί αντικειμενικά, δεν υπάρχει ένα <<αλγόμετρο>>, επειδή είναι εξολοκλήρου μια υποκειμενική εμπειρία, μόνο το άτομο που πονά μπορεί να αισθανθεί τον πόνο. [\(Μάτζιου & Κυρίτση 2007\)](#)

Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη και την έκφραση του πόνου είναι η *συναισθηματική δυσφορία* που περιλαμβάνει συμπτώματα όπως της κατάθλιψης, τους άγχους και της αντίληψης σε σχέση με τον έλεγχο του πόνου. *Επίσης η προσωπικότητα, η ηλικία, το φύλο και τον κοινωνικό υπόβαθρο* επηρεάζει σημαντικά.

Παρότι η βλάβη των ιστών, η οποία προκαλεί τον πόνο, μπορεί να εντοπιστεί και να εξεταστεί λεπτομερώς, ο ίδιος ο πόνος δεν είναι δυνατόν να γίνει αντιληπτός ούτε να περιγραφεί από οποιονδήποτε άλλον, εκτός από το άτομο που τον αισθάνεται. Ο πόνος είναι μια μαθημένη εμπειρία, που επηρεάζεται από ολόκληρη την κατάσταση ζωής κάθε ατόμου. Ο πόνος συνοδεύει πολλές διαταραχές καθώς επίσης και μερικές θεραπείες, όπως χειρουργικές επεμβάσεις. Η ανακούφιση του πόνου και της δυσχέρειας αποτελεί μια σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση, που απαιτεί δεξιότητα και γνώση. Γνώση για έννοιες που συνοδεύεται με πόνο, για συλλογή δεδομένων που αφορούν πόνο και για τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισής του. Απαιτεί επίσης συναισθηματική κατανόηση, μια προσπάθεια, δηλαδή, από μέρους του νοσηλευτή να κατανοήσει αυτό που ο άρρωστος βιώνει και να του επικοινωνήσει κατανόηση και ενδιαφέρον. Ο νοσηλευτής είναι ανάγκη να χρησιμοποιεί συστηματική προσέγγιση του αρρώστου που πονά. Η διαχείριση του πόνου στα παιδιατρικά νοσοκομεία αποτελεί σημαντικό νοσηλευτικό πρόβλημα κυρίως λόγω του υποκειμενικού του χαρακτήρα, ο οποίος επηρεάζει τη στάση και τις απόψεις των μικρών ασθενών, των γονέων τους, αλλά και των νοσηλευτών για την αντιμετώπισή του.

Υπάρχουν δύο τύποι συνδρόμων πόνου : ο οξύς και ο χρόνιος πόνος. Ο οξύς πόνος δεν διαρκεί πάνω από 3 μήνες. Είναι συνήθως ένα μεταβατικό επεισόδιο και πληροφορεί το άτομο ότι κάτι δεν λειτουργεί σωστά. Η εμφάνισή του είναι συνήθως αιφνίδια και οι επώδυνες περιοχές μπορούν γενικά να αναγνωριστούν καλά. Ο αιφνίδιος έντονος πόνος ενεργοποιεί το αυτόνομο νευρικό σύστημα, που μπορεί να προκαλέσει σημεία συμπαθητικής υπερδραστηριότητας. Αυτά τα σημεία προκαλούν ταχυκαρδία, αύξηση αρτηριακής πίεσης, διαστολή κόρης, εφίδρωση και διέγερση της έκκρισης του μυελού των επινεφριδίων. Σε ορισμένες καταστάσεις, όπως ο έντονος σπλαχνικός αιφνίδιος πόνος, μπορεί να συμβεί αγγειοδιαστολή, με επακόλουθη πτώση της αρτηριακής πίεσης και shock. Η συνεχής επώδυνη διέγερση μπορεί να προκαλέσει ένα σταθερά διατηρημένο αντανακλαστικό της σύσπασης των παρακείμενων ή απομακρυσμένων μυών. Ο οξύς πόνος συνοδεύεται συνήθως από αυξημένη μυϊκή τάση και άγχος, και τα δύο μπορεί να συνεισφέρουν στην αυξημένη αντίληψη του πόνου. Αν ο πόνος είναι μέτριος ή έντονος, έκδηλα φυσιολογικά και συμπεριφορικά σημεία διευκολύνουν την εκτίμηση του πόνου. Το άτομο συνήθως ζητά ανακούφιση από τον πόνο. Ο πόνος που επιμένει πάνω από 3 μήνες χαρακτηρίζεται ως χρόνιος. Η αιτία του είναι άγνωστη ή δεν μπορεί να εξαλειφθεί. Η αίσθηση πόνου συχνά γίνεται πιο διάχυτη, έτσι ώστε είναι δύσκολο για το άτομο να αναγνωρίσει το συγκεκριμένο σημείο πόνου. Ο πόνος μπορεί αρχικά να ήταν οξύς, αλλά επέμεινε (π.χ. έγκαυμα τρίτου βαθμού) ή η εμφάνιση του μπορεί να είναι τόσο ύπουλη, που το άτομο δεν μπορεί να αναφέρει συγκεκριμένα πότε τον βίωσε για πρώτη φορά. Υπάρχουν διάφοροι τύποι χρόνιου πόνου. Ο διαλείπων χρόνιος συμβαίνει μόνο σε ορισμένες περιόδους (ημικρανία). Ο επίμονος πόνος υπάρχει πάντοτε, αν και μπορεί να αυξομειώνεται σε ένταση. Ο χρόνιος χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα (συχνά συνοδεύεται από αϋπνία) , που οδηγεί σε μείωση ενδιαφερόντων και απομόνωση από φίλους και οικογένεια. Η ζωή επικεντρώνεται στο βίωμα του πόνου και αυξάνονται τα αισθήματα ανικανότητας και απελπισίας καθώς επιμένει ο πόνος. Τελικά, το άτομο αποσύρεται από κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Ο κόσμος του αρρώστου με χρόνια πόνο επικεντρώνεται σε τρόπους απαλλαγής από τον πόνο. Πολλοί, ενώ πήγαιναν από γιατρό σε γιατρό ζητώντας ανακούφιση από τον πόνο, συχνά χάνουν την πίστη στην ικανότητα οποιουδήποτε να τους βοηθήσει. Η έλλειψη συνέχειας στη φροντίδα τους επιδεινώνει περισσότερο το πρόβλημα. Όπως προαναφέρθηκε λοιπόν, ο πόνος είναι ένα υποκειμενικό φαινόμενο, μια ατομική, δυσάρεστη εμπειρία και εκφράζει τη σωματική και ψυχική δυσφορία που βιώνει κάθε άτομο.

Τα βρέφη δεν μπορούν να εκφράσουν με λέξεις την εμπειρία του πόνου. Ωστόσο όπως και οι ενήλικες έτσι και τα βρέφη εκδηλώνουν τις ίδιες εκφράσεις προσώπου ως αντίδραση σε επώδυνα ερεθίσματα. Επομένως, λόγω αδυναμίας των βρεφών και των νηπίων να εκφράσουν λεκτικά τον πόνο που αισθάνονται , ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στις συμπεριφορές του πόνου που εκφράζουν (Anand & Craig, 1996).

Επίσης ως αποτέλεσμα των διαφορών στη διαδικασία κοινωνικοποίησης, το βίωμα του πόνου στα αγόρια διαφέρει από αυτόν των κοριτσιών, όπως επίσης διαφέρει ο τρόπος έκφρασης του πόνου και αντίδρασης σε αυτόν , μολονότι υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι στην νηπιακή και παιδική ηλικία τα δύο φύλα δε διαφέρουν σημαντικά ως προς την έμφυτη ικανότητα τους να νιώθουν πόνο (Hogeweg et al. , 1996). Σε μια μελέτη στην οποία έλαβαν μέρος παιδιά ηλικίας από 2 – 6 ετών (Fearon et al., 1996) διαπιστώθηκε ότι, όταν συνέβαιναν οδυνηρά γεγονότα, τα κορίτσια δυσανασχετούσαν εντονότερα και απολάμβαναν μεγαλύτερου βαθμού σωματική φροντίδα από τους ενήλικες σε σύγκριση με τα αγόρια. Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια χρησιμοποιούσαν περισσότερο τον προφορικό λόγο για να εκφράσουν την αντίδρασή τους στον πόνο και ζητούσαν συχνότερα τη βοήθεια των ενηλίκων που βρίσκονταν γύρω τους. Σε γενικές γραμμές πάντως, η αναζήτηση της βοήθειας των ενηλίκων ήταν συχνότερη στα μικρότερα παιδιά από ότι στα μεγαλύτερα. Τέλος, τα παιδιά που εμφανίζουν περισσότερα σημάδια τραυματισμού (π.χ κακώσεις)

ήταν επίσης περισσότερο ευερέθιστα, εύρημα που υποδηλώνει την ύπαρξη μιας αυξημένης ευαισθητοποίησης στον πόνο σε ότι αφορά τα παιδιά.

Η αντίληψη και η έκφραση του πόνου στα παιδιά σχετίζεται λοιπόν, με τη βιολογική και ψυχοσυναισθηματική τους ανάπτυξη, η επιτυχής αντιμετώπιση του πόνου στα παιδιά προϋποθέτει τη συνεργασία νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, καθώς η ανακούφιση από τον πόνο παραμένει ένα σύνθετο πρόβλημα. Η γνώση του μηχανισμού πρόκλησης του πόνου, η έκφρασή του, οι ιδιαιτερότητες στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και η αξιοποίηση επικουρικών μεθόδων αντιμετώπισης του θα συμβάλει στην έγκαιρη αντιμετώπιση και ανακούφιση του πόνου στα παιδιά. (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 1983, DiMatteo & Martin 2006, Ανώνυμος 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.4

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Τα παιδιά ανεξάρτητα από την ηλικία τους, χρειάζονται προετοιμασία για τις διαδικασίες που θα χρειαστεί να γίνουν κατά την επίσκεψή τους σε ένα Νοσοκομείο ή κατά την νοσηλεία τους. Με την κατάλληλη προετοιμασία, ο φόβος και η δυσχέρεια ελαχιστοποιούνται και το παιδί βοηθείται να αντεπεξέλθει σε μια δυνητικώς τραυματική εμπειρία. Παρ' όλα αυτά, οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν ότι οι αντιδράσεις του παιδιού επηρεάζονται έντονα από τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά του, όπως οι φυσικές και γνωστικές ικανότητες, τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των εμπειριών του παρελθόντος που έχουν σχέση με νοσοκομειακή περίθαλψη, διαδικασίες και προσωπικό υγείας και με την αντίληψη της κατάστασης. Η γενική ιδιοσυγκρασία του παιδιού και τα συμπεριφορικά σχήματα θα πρέπει να εκτιμηθούν, καθώς και η γενική κατάστασή του και ο βαθμός παλινδρόμησης που αυτό έχει βιώσει ως αποτέλεσμα της αρρώστιας του. Όλα αυτά τα σημεία λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας κατά τρόπο, που ταιριάζει καλύτερα στο παιδί.

Ψυχολογική προετοιμασία

Οι αρχές που διέπουν την προετοιμασία για τις νοσοκομειακές διαδικασίες, όπως διαγνωστικές δοκιμασίες, θεραπείες, χειρουργείο και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, είναι όμοιες και περιλαμβάνουν:

- καθορισμό των λεπτομερειών της διαδικασίας που εκτελείται.
- ανασκόπηση του επιπέδου κατανόησης των γονέων και του παιδιού
- σχεδιασμό της πραγματικής διδασκαλίας, με βάση την αναπτυξιακή ηλικία και το επίπεδο γνώσεων του παιδιού.
- συμμετοχή των γονέων στη διδασκαλία εάν το επιθυμούν και ειδικά εάν αυτοί σχεδιάζουν να συμμετάσχουν στη φροντίδα.
- εξασφάλιση χρόνου για συζήτηση, ενώ γίνεται η προετοιμασία του παιδιού, για να αποφευχθεί υπερβολική πληροφόρηση και να εξασφαλισθεί επαρκής επανατροφοδότηση.

Ο ακριβής χρόνος προετοιμασίας για μια διαδικασία ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και το είδος της διαδικασίας. Δεν υπάρχουν ακριβείς οδηγίες γραμμές που κατευθύνουν το χρόνο, αλλά γενικά όσο μικρότερο είναι το παιδί τόσο πιο κοντά στη διαδικασία θα πρέπει να είναι η εξήγηση που θα του δοθεί, για να αποφευχθεί υπερβολική φαντασίωση και ανησυχία. Για τις πιο πολύπλοκες διαδικασίες ίσως χρειάζεται περισσότερος χρόνος για αφομοίωση των πληροφοριών, ειδικά για τα μεγαλύτερα παιδιά. (π.χ Η ενημέρωση για την ένεση μπορεί να γίνει αμέσως πριν από τη διαδικασία για όλες τις ηλικίες, αλλά η προετοιμασία για το χειρουργείο μπορεί να αρχίσει την προηγούμενη ημέρα για τα μικρά παιδιά και λίγες ημέρες πριν για τα μεγαλύτερα παιδιά, αν και οι προτιμήσεις των μεγαλύτερων παιδιών πρέπει να εκμαιεύονται με συζήτηση.

Εγκαθίδρυση εμπιστοσύνης και εξασφάλιση υποστήριξης: Ο νοσηλευτής, που έχει διαθέσει αρκετό χρόνο στο παιδί και έχει δημιουργήσει θετική σχέση με αυτό, θα κερδίσει εύκολα τη συνεργασία του. Εάν η σχέση βασίζεται στην εμπιστοσύνη, το παιδί θα συνδέσει το νοσηλευτή με τις δραστηριότητες φροντίδας που του παρέχουν άνεση, ευχάριστη απασχόληση και διασκέδαση τον περισσότερο χρόνο και όχι με κάποιον που του προκαλεί δυσχέρεια και άγχος. Εάν ο νοσηλευτής δε γνωρίζει το παιδί, είναι καλύτερα να τον συστήσει σ αυτό κάποιος άλλος νοσηλευτής, τον οποίο εμπιστεύεται το παιδί. Κατά την πρώτη επαφή με το παιδί πρέπει να αποφευχθεί οποιαδήποτε επώδυνη εμπειρία και το ιδανικό θα ήταν αρχικά να επικεντρωθεί η προσοχή του νοσηλευτή στο παιδί και κατόπιν να ακολουθήσει η επεξήγηση της διαδικασίας. Τα παιδιά χρειάζονται υποστήριξη κατά τη διάρκεια των διαδικασιών, για τα μικρά παιδιά η καλύτερη πηγή υποστήριξης είναι οι γονείς. Ωστόσο, υπάρχει διαφωνία όσον στο ρόλο που οι γονείς θα πρέπει να αναλάβουν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας οι νοσηλευτές χρειάζεται να λάβουν υπόψη τους τις θέσεις αυτές, προκειμένου να αποφασίσουν, εάν η παρουσία των γονέων θα είναι ωφέλιμη. Οι προτιμήσεις των γονέων για συμμετοχή στη διαδικασία, απλή παρακολούθηση της διαδικασίας ή αναμονή έξω από το θάλαμο θα πρέπει να εκτιμηθούν. Οι γονείς που επιθυμούν να παραμείνουν κοντά στο παιδί κατά την εκτέλεση της διαδικασίας χρειάζονται προετοιμασία για το τι θα συμβεί και για το πώς μπορούν να βοηθήσουν. Απλές οδηγίες, όπως διευκρίνιση του σημείου όπου οι γονείς μπορούν να στέκονται μέσα στο θάλαμο για να βλέπουν το παιδί τους, μειώνουν την ανησυχία τους. Οι γονείς που δεν επιθυμούν να είναι παρόντες ή να συμμετάσχουν, υποστηρίζονται στην απόφασή τους αυτή και ενθαρρύνονται να βρίσκονται κοντά στο θάλαμο, ώστε να

μπορούν να παρηγορήσουν και να υποστηρίξουν το παιδί τους αμέσως μετά το πέρας της διαδικασίας.

Παροχή εξηγήσεων: Τα παιδιά χρειάζονται εξήγηση για καθετί που τα αφορά άμεσα. Πριν από την εκτέλεση μιας διαδικασίας, ο νοσηλευτής εξηγεί στο παιδί τι πρόκειται να γίνει και τι αναμένεται από αυτό. Η εξήγηση πρέπει να είναι σύντομη, απλή και κατάλληλη για το επίπεδο νοημοσύνης του παιδιού. Λεπτομερείς εξηγήσεις δεν είναι κατάλληλες και μπορεί να αυξήσουν το φόβο σε ένα μικρό παιδί. Αυτό ιδιαίτερα αληθεύει όσον αφορά στις επώδυνες διαδικασίες. Όταν εξηγείται η διαδικασία στους γονείς με το άρρωστο παιδί παρόν, ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί γλώσσα κατάλληλη για το παιδί, διότι άγνωστες λέξεις μπορεί να παρερμηνευθούν. Εάν οι γονείς χρειάζονται πρόσθετη προετοιμασία, αυτό γίνεται σε χώρο μακριά από το παιδί. Η διδασκαλία γίνεται σε χρόνο που η μάθηση του παιδιού βοηθείται και ενισχύεται, π.χ. μετά από περίοδο ανάπαυσης. Ειδικά αντικείμενα δεν χρειάζονται δεν χρειάζονται για την προετοιμασία του παιδιού που δεν μπορούν να αντιληφθούν τις έννοιες, η χρήση αντικειμένων ως συμπλήρωμα της προφορικής εξήγησης είναι σημαντική. Αφήνοντας τα παιδιά να χειριστούν τα πραγματικά αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν για τη φροντίδα τους, όπως στηθοσκόπιο, σφυγμομανόμετρο ή μάσκα οξυγόνου, εξοικειώνονται με αυτά μειώνεται η απειλή που συχνά συνδέεται με τη χρήση τους. Αντικείμενα- μινιατούρες, όπως συσκευές ορού, μάσκες κλπ., αντί των πραγματικών αντικειμένων του νοσοκομείου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εξηγηθεί στα παιδιά τι πρέπει να περιμένουν και να επιτραπεί σ' αυτά να βιώσουν ακίνδυνα καταστάσεις άγνωστες και δυνητικώς τρομακτικές. Εικονογραφημένο υλικό, που επίσης υπάρχει στο εμπόριο, μπορεί να βοηθήσει στην προετοιμασία του παιδιού. Μολονότι οι λέξεις που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν μια διαδικασία ποικίλλουν για τα παιδιά κάθε ηλικιακής ομάδας και για κάθε γεγονός, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει υπόψη του τα ακόλουθα:

- χρήση συγκεκριμένων όρων και οπτικών μέσων, για την περιγραφή της διαδικασίας.
- να τονίσει ότι κανένα άλλο σημείο του σώματος δε θα συμπεριληφθεί.
- χρήση κατάλληλων λέξεων, ανάλογα με το επίπεδο νοημοσύνης του παιδιού
- αποφυγή λέξεων-φράσεων με διπλή έννοια
- διευκρίνιση όλων των άγνωστων λέξεων

-παρότρυνση του παιδιού να ασκηθεί στις διαδικασίες, στις οποίες απαιτείται η συμμετοχή του ,όπως γύρισμα, βήχας, βαθιά αναπνοή, χρήση μάσκας, αναπνοή σε αναπνευστήρα IPPB.

-εξηγούνται άλλα στάδια της διαδικασίας – τι θα αισθανθεί το παιδί, τι θα δει , θα μυρίσει και θα αγγίξει και τι μπορεί να κάνει κατά τη διάρκεια της διαδικασίας π.χ. να παραμείνει ακίνητο , να μετράει δυνατά, να σφίγγει το χέρι ή να κρατάει μια κούκλα .

-εάν κάποιο μέρος του σώματος συνδέεται με μια ειδική λειτουργία, τονίζεται η μεταβολή ή ο επηρεασμός αυτής της ικανότητας ή λειτουργίας , π.χ. μετά την αμυγδαλεκτομή το παιδί θα μπορεί να μιλάει όπως και πριν.

-πληροφορίες που αυξάνουν το άγχος αναφέρονται τελευταίες, όπως ένεση για προνάρκωση

-ότι πρέπει να είναι ειλικρινής και τίμιος με το παιδί όσον αφορά τις δυσάρεστες απόψεις της διαδικασίας, αλλά να αποφεύγει να δημιουργεί αδικαιολόγητη ανησυχία, όταν αναφέρει ότι η διαδικασία μπορεί να προκαλέσει κάποια δυσχέρεια, να τονίζεται ότι κάθε άτομο βιώνει διαφορετικά τη δυσχέρεια και ότι μπορεί το ίδιο να αναφέρει ή να περιγράφει πώς νιώθει.

Τονίζεται το τέλος της διαδικασίας και κάθε ευχάριστου γεγονότος που θα ακολουθήσει, όπως ότι θα πάει σπίτι, θα δει τους γονείς του. Τονίζονται οι ωφέλειες από τη διαδικασία, π.χ. << μετά την αφαίρεση των αμυγδαλών, δεν θα έχεις συχνά πονόλαιμους.>>

Εκτέλεση της διαδικασίας

Η υποστηρικτική φροντίδα συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια της διαδικασίας και συντελεί, ώστε το παιδί να είναι συνεργάσιμο και να ελέγχει την κατάστασή του. Ιδανικά ο ίδιος νοσηλευτής που εξηγεί τη διαδικασία θα πρέπει και να την εκτελεί ή να βοηθάει. Πριν από την έναρξη, όλα τα αντικείμενα συγκεντρώνονται και το δωμάτιο ετοιμάζεται, ώστε να αποφευχθούν μη απαραίτητες καθυστερήσεις και διακοπές που συντελούν μόνο στην αύξηση του άγχους και του φόβου του παιδιού. Εάν είναι δυνατόν, οι διαδικασίες να εκτελούνται σε ειδικό δωμάτιο θεραπείας και όχι στο θάλαμο του παιδιού ούτε στο χώρο της παιγνιοθεραπείας. Εάν η διαδικασία είναι μακρόχρονη, πρέπει να αποφεύγονται συζητήσεις που μπορεί να παρερμηνευθούν από το παιδί. Όταν η διαδικασία πλησιάζει προς το τέλος, ο νοσηλευτής πρέπει να πληροφορεί το παιδί ότι σχεδόν τελείωσε.

Προσδοκία επιτυχίας: Οι νοσηλευτές που πλησιάζουν τα παιδιά με εμπιστοσύνη και μεταφέρουν την εντύπωση ότι περιμένουν να είναι επιτυχής η διαδικασία είναι λιγότερο πιθανό να αντιμετωπίσουν δυσκολία. Είναι επίσης προτιμότερο να πλησιάζεται το παιδί σαν να αναμένεται από αυτό να συνεργασθεί. Τα παιδιά νιώθουν το άγχος των άλλων και αποκρίνονται στην αισθητή απειλή με χτυπήματα ή με έντονη αντίδραση. Αν και δεν είναι δυνατόν να αποφευχθεί τέτοια συμπεριφορά από κάθε παιδί, η σταθερή προσέγγιση με θετική στάση από μέρους του νοσηλευτή έχει την τάση να μεταφέρει ένα αίσθημα ασφάλειας στα περισσότερα παιδιά.

Συμμετοχή του παιδιού: Γενικά, η συμμετοχή του παιδιού βοηθάει να κερδηθεί η συνεργασία του. Επιτρέποντας του να κάνει τις δικές του επιλογές, του παρέχεται κάποιο είδος ελέγχου. Ωστόσο, επιλογή επιτρέπεται μόνο σε καταστάσεις που προσφέρονται, το να πεις στο παιδί << θέλεις να πάρεις το φάρμακό σου τώρα?>> ή << πρόκειται να σου κάνω μια ένεση τώρα, εντάξει?>> κάνει το παιδί να πιστεύει ότι υπάρχει κάποια επιλογής και ότι μπορεί να αρνηθεί ή να καθυστερήσει να πάρει το φάρμακό του 'νόμιμα'. Αυτό φέρνει το νοσηλευτή σε δύσκολη θέση. Είναι προτιμότερο να πει σταθερά << είναι ώρα να πάρεις το φάρμακό σου τώρα>>. Στα παιδιά αρέσει να έχουν τη δυνατότητα επιλογής, αλλά η κατάσταση πρέπει να είναι τέτοια που να μπορούν να έχουν τη δυνατότητα επιλογής. Πολλά παιδιά αποκρίνονται στις τακτικές που απευθύνονται στην ωριμότητά τους ή στο θάρρος τους. Αυτό επίσης δίνει σε αυτά ένα αίσθημα επιτυχίας. Π.χ. τα παιδιά προσχολικής ηλικίας νιώθουν περήφανα, όταν κρατούν το επιδεσμικό υλικό κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ή αφαιρούν το λευκοπλάστη. Το ίδιο συμβαίνει και με το παιδί σχολικής ηλικίας, το οποίο συνεργάζεται με ελάχιστη αντίσταση.

Απόσπαση της προσοχής : Όταν το παιδί είναι απασχολημένο με κάποια δραστηριότητα που το ενδιαφέρει, είναι λιγότερο πιθανό να συγκεντρωθεί στη διαδικασία. Π.χ. όταν του γίνεται ένεση, είναι πολύ χρήσιμο να του επιτραπεί να κάνει κάτι ή να του δοθεί κάτι, πάνω στο οποίο θα εστιάσει την προσοχή του. Άλλες στρατηγικές για απόσπαση της προσοχής είναι να πούμε στο παιδί να σφίγγει δυνατά τα χέρια του γονιού του ή να μετράει δυνατά, να τραγουδάει αγαπημένα τραγούδια ή να εκφράζει λεκτικά τη δυσφορία είναι: χαλάρωση, παρότρυνση του παιδιού να σκέπτεται κάτι ευχάριστο και δερματικός ερεθισμός.

Έκφραση αισθημάτων: Το παιδί αφήνεται να εκφράσει αισθήματα θυμού, άγχους, φόβου, απογοήτευσης ή οποιοδήποτε άλλο συναίσθημα. Είναι φυσιολογικό για τα παιδιά που αισθάνονται απογοήτευση να χτυπούν ή να προσπαθούν να αποφύγουν καταστάσεις που

δημιουργούν άγχος. Το παιδί χρειάζεται να γνωρίζει ότι είναι σωστό να κλάψει. Οποιαδήποτε και αν είναι η απόκρισή του, είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να αποδεχθεί τη συμπεριφορά του. Λέγοντας σε ένα παιδί με περιορισμένη λεκτική επικοινωνία, όπως ένα παιδί που μόλις άρχισε να μιλάει, να σταματήσει να κλωτσάει, να δαγκώνει ή όπως αλλιώς εκφράζει την απογοήτευσή του, του μεταβιβάζει το αίσθημα ότι δεν έγινε κατανοητό. Η συμπεριφορά είναι το κυριότερο μέσο επικοινωνίας και θα πρέπει να επιτρέπονται τέτοιες εκδηλώσεις, εκτός αν προκαλείται βλάβη στο ίδιο το παιδί ή σ' αυτούς που το φροντίζουν.

Υποστήριξη μετά τη διαδικασία

Μετά τη διαδικασία καθυστερούμε το παιδί, λέγοντάς του ότι τα πήγε πολύ καλά και ότι είναι αποδεκτό και αγαπητό. Εάν οι γονείς δεν συμμετείχαν, το παιδί ξανασιμίζει με τους γονείς του το γρηγορότερο δυνατό, ώστε αυτοί να το ανακουφίσουν.

Ενθάρρυνση για έκφραση αισθημάτων: Μερικές σχεδιασμένες δραστηριότητες μετά τη διαδικασία είναι χρήσιμες για να ενθαρρυνθεί έκφραση των αισθημάτων κατά τρόπο εποικοδομητικό. Στα βρέφη και τα μικρά παιδιά δίνεται ευκαιρία για αδρή κινητικότητα. Ακόμα και τα μεγαλύτερα παιδιά είναι ικανά να δώσουν διέξοδο στο θυμό και την απογοήτευσή τους με δραστηριότητες αποδεκτές, όπως να πετάξουν κάποιο αντικείμενο ή να χτυπούν κάτι δυνατά. Το παιχνίδι παρέχει διέξοδο για το θυμό και βάζει το παιδί σε μια θέση ελέγχου, σε αντίθεση προς τη θέση του αβοήθητου, στην οποία αυτό βρίσκεται στην πραγματικότητα. Μια από τις αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι το θεραπευτικό παιχνίδι.

Επιβράβευση του παιδιού: Το παιδί έχει ανάγκη να ακούει από τους άλλους ότι τα πήγε καλά ανεξάρτητα από το πώς συμπεριφέρθηκε. Είναι πολύ σημαντικό για το παιδί να γνωρίζει ότι δεν κρίνεται με βάση τη συμπεριφορά του σε μια αγχογόνο κατάσταση. Τρόποι ανταμοιβής, όπως η επιβράβευση με αυτοκόλλητα ή αστερίσκους σαν απόδειξη της επιτυχίας του, συχνά αποδεικνύονται χρήσιμοι. Τα παιδιά που χρειάζεται να παίρνουν φάρμακα με δυσάρεστη γεύση ή να κάνουν ενέσεις για κάποιο χρόνο μπορούν να βλέπουν με υπερηφάνεια τις σειρές των αστερίσκων ή των αυτοκόλλητων, ιδιαίτερα όταν αυτά αντιπροσωπεύουν μια ειδική ανταμοιβή. Επιστρέφοντας κοντά στο παιδί μετά τη διαδικασία, ο νοσηλευτής ενισχύει μια υποστηρικτική σχέση, διότι το παιδί βλέπει το

νοσηλευτή σαν κάποιον που δεν έχει σχέση μόνο με αγχογόνες καταστάσεις, αλλά σαν κάποιον με τον οποίο μπορεί επίσης να μοιρασθεί και ευχάριστες εμπειρίες.

Ο ρόλος του παιχνιδιού στις διαδικασίες

Πολλά ιδρύματα έχουν πολύ καλά οργανωμένους και εξοπλισμένους χώρους για παιχνίδι και προγράμματα υπό τη διεύθυνση ειδικών παιδοψυχολόγων, ενώ άλλα παρέχουν περιορισμένες ευκολίες. Ανεξάρτητα όμως από το τι παρέχει κάθε ίδρυμα για τα παιδιά, οι νοσηλευτές πρέπει να περιλαμβάνουν το παιχνίδι στη νοσηλευτική φροντίδα. Το παιχνίδι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο διδασκαλίας, έκφρασης των αισθημάτων, μάθησης του γύρω κόσμου, απασχόλησης του παιδιού με ειδικές ανάγκες (π.χ. σε έλξη) , ακόμα, ως μέθοδος επικοινωνίας ή ως μέθοδος για την επιτυχία κάποιου θεραπευτικού σκοπού. Συνεπώς, πρέπει να περιλαμβάνεται στην προετοιμασία των παιδιών για μια διαδικασία και στην ενθάρρυνσή τους για συνεργασία κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. ([Πάνου 2007](#))

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Εισαγωγή

Τα ατυχήματα είναι η κύρια αιτία της παιδικής θνησιμότητας και η δεύτερη αιτία της παιδικής νοσηρότητας και επισκέψεων στο γιατρό, μετά τις οξείες λοιμώξεις.

Τα σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφεριολογικά χαρακτηριστικά των παιδιών τα καθιστούν ιδιαίτερος επιρρεπή σε ατυχήματα. Τα είδη των ατυχημάτων που συμβαίνουν στα παιδιά αντανakλούν τόσο το επίπεδο της ανάπτυξής τους όσο και την έκθεσή τους σε διαφορετικούς κινδύνους στα διαφορετικά στάδια της παιδικής, ηλικίας μέσα στο συγκεκριμένο φυσικό, πολιτιστικό και κοινωνικό περιβάλλον τους (Towner, 1994). Για παράδειγμα, παιδιά κάτω των 4 ετών έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν εγκεφαλική βλάβη από πτώση σε σύγκριση με μεγαλύτερα παιδιά (Joffe and Ludwig, 1988).

Συγκλονιστικά είναι τα στοιχεία για το μέγεθος του προβλήματος των παιδικών ατυχημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Τα τροχαία ατυχήματα, οι πτώσεις, τα εγκαύματα, οι πνιγμοί και οι δηλητηριάσεις είναι οι κυριότερες αιτίες τραυματισμού των παιδιών και προκαλούν περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη αιτία. Σύμφωνα με έρευνες, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κάθε μέρα 14 παιδιά πεθαίνουν από τραυματισμό, 2.240 γίνονται εισαγωγή στο νοσοκομείο και 28.000 περιθάλπονται στα τμήματα ατυχημάτων και Επειγόντων περιστατικών. Μέχρι πρότινος, υπήρχαν λίγες πληροφορίες, για το πόσο στοιχίζουν τα παιδικά ατυχήματα, στις χώρες μέλη της Ε.Ε. Το πρόγραμμα Eurocost ξεκίνησε το 2001, με στόχο να δημιουργηθεί ένα μοντέλο, για να υπολογίσει το κόστος των ατυχημάτων.

Το πρόγραμμα Eurocost δείχνει ότι οι δαπάνες των νοσηλίων, σε νοσοκομεία, για όλους τους ασθενείς, από ατύχημα, σε όλη την Ε.Ε. (τα 15 παλιά κράτη - μέλη) είναι συνολικά €10.8δισ.

Τα δεδομένα της Πύλης Ατυχημάτων δείχνουν ότι κατά την τελευταία διαθέσιμη περίοδο (1992-2004) παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα 1593 ακούσιοι θάνατοι παιδιών ηλικίας 0-14 εκ των οποίων οι 874 οφείλονταν σε τροχαία, οι 135 σε πνιγμούς, οι 82 σε πτώσεις, οι 47 σε εγκαύματα, οι 23 σε δηλητηριάσεις. Για τους υπόλοιπους 432 θανάτους από ατυχήματα οι αιτίες είναι αδιευκρίνιστες.

Επίσης από τους 123 θανάτους παιδιών που σημειώνονται ετησίως στην Ελλάδα κατά μέσο όρο, η μεγαλύτερη αναλογία για όλα σχεδόν τα είδη ατυχημάτων και όλες τις ηλικιακές ομάδες αφορά αγόρια (60%).

Σε μία μελέτη που αφορούσε παιδιά 0-3 ετών παρατηρήθηκαν συνολικά 23.173 ατυχήματα τη περίοδο Ιανουάριος 1996- Δεκέμβρης 1998. Από αυτά τα 636 (3%) κατέληξαν στο θάνατο. Τα παιδιά μικρότερα από 1 έτους είχαν τα το μεγαλύτερο ποσοστό τραυματισμού.

Επίσης σε μία άλλη μελέτη που έγινε στις Η.Π.Α κατά τα έτη 1980-1985 σχεδόν 10.000 παιδιά ηλικίας 0-14 κάθε χρόνο πέθαιναν εξαιτίας τραυματισμών. Το 37% των θανάτων είχε σχέση με τα μηχανοκίνητα οχήματα, τους ποδηλάτες και τους πεζούς.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΝΑΔΑ

Ο Καναδάς είναι χώρα της Βόρειας Αμερικής, η δεύτερη μεγαλύτερη στον κόσμο. Στον Καναδά πάνω από 2 εκατομμύρια τραυματισμοί εμφανίζονται το χρόνο, με συνέπεια 125.000 εισαγωγές στο νοσοκομείο και περισσότερους από 7.700 θανάτους. Στον Καναδά υπάρχει ένα εκτιμώμενο κόστος 8.7 δισεκατομμυρίων δολαρίων για τα ατυχήματα από ακούσιο τραυματισμό. Στη χώρα αυτή υπολογίζεται ότι 630 εκατομμύρια δολάρια ξοδεύονται ετησίως μόνο για τις πτώσεις στην παιδική ηλικία. Το Οντάριο (Ontario) είναι η μεγαλύτερη σε πληθυσμό και η πλέον οικονομικά ανεπτυγμένη επαρχία του Καναδά.. Τα ατυχήματα εκεί είναι η κύρια αιτία θανάτου και μία σημαντική αιτία ανικανότητας στα παιδιά. Κάθε έτος 32% των 55.000 επισκέψεων του τμήματος έκτακτης ανάγκης του νοσοκομείου Παίδων του ανατολικού Οντάριο είναι λόγω τραυματισμών. Το 1974 το ποσοστό τυχαίου τραυματισμού μεταξύ παιδιών ηλικίας 1-14 ετών ήταν υψηλότερο στον Καναδά απ'ότι σε 19 άλλα ανεπτυγμένα έθνη. Μία έρευνα έγινε την περίοδο Σεπτεμβρης

1984- Αύγουστος 1985 στο Νοσοκομείο Παίδων του Οντάριο το οποίο εξυπηρετεί ένα συνδυασμένο αστικό και αγροτικό πληθυσμό περίπου 600.000. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τα διαγράμματα 2.886 παιδιών, τα 1354 τραυματίστηκαν στο σπίτι και γύρω από αυτό και τα 619 ήταν 4 ετών ή λιγότερο. Επίσης κατά την εισαγωγή τους τα αγόρια ήταν περισσότερα από τα κορίτσια. Μεταξύ των παιδιών 3 ετών ή περισσότερο, τα χέρια και το κεφάλι ήταν τα πιο συχνά τραυματισμένα. Τα παιδιά λιγότερο από 3 ετών η περιοχή του αγκώνα ήταν περισσότερα συχνά τραυματισμένη. Οι παραπομπή σε ένα ειδικό ιατρό απαιτήθηκε σε 482 (16.7%) περιπτώσεις. Οι κύριοι λόγοι ήταν σπασίματα, τραυματισμοί ματιών, εγκαύματα και διασεισεις.

Όσον αφορά τις πτώσεις από τα 1088 παιδιά τα 704(64.7%) έπεσαν στο σπίτι. Οι μικροτραυματισμοί εμφανίστηκαν σε ποσοστό 67% και των ορθοπεδικών τραυματισμών σε ποσοστό 42%. Το 28% των παιδιών ήταν 4 ετών ή λιγότερο και το 14% ήταν από 2 έως 4 έτη.

Τα αθλητικά ατυχήματα αποτέλεσαν 560 περιπτώσεις τραυματισμών. Το 71.2% των περιπτώσεων ήταν παιδιά 11-17 ετών. Οι ορθοπεδικοί τραυματισμοί αποτέλεσαν το 42% και οι διασεισεις το 2.9%. Οι περιοχές που τραυματίστηκαν πιο συχνά ήταν τα άκρα σε ποσοστό 18%.

Επίσης το 2.9% των τραυματισμών προκλήθηκαν από διάφορους τύπους εξοπλισμών παιδικών χαρών. Οι τραυματισμοί στις περιοχές των άκρων και του κεφαλιού αποτέλεσαν το 49.4% και το 43.4% των περιπτώσεων αντίστοιχα. Το 54.2% αποτέλεσαν μικροτραυματισμοί, το 31.3% ορθοπεδικά τραύματα και 6% οι διασεισεις.

Ακόμη στα ατυχήματα μηχανοκίνητων οχημάτων το 31.9% των παιδιών ήταν πεζοί, το 33.3% ήταν επιβάτες και το 10.1% οδηγούσαν μοτοσυκλέτες.

Τέλος από τα 64 παιδιά που είχαν εγκαύματα το 82.8% ήταν στο σπίτι κατά τη διάρκεια του ατυχήματος και το 37.5% ήταν λιγότερο από 1 έτους. Τα άκρα (62.5%), το κεφάλι και ο λαιμός ήταν οι πιο κοινά τραυματισμένες περιοχές.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗ ΛΑΤΙΝΙΚΗ ΝΟΤΙΟ ΑΜΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΒΡΑΖΙΛΙΑ

Η Βραζιλία, ή επίσημα η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Βραζιλίας (República Federativa do Brazil) είναι η μεγαλύτερη και πολυπληθέστερη χώρα της Λατινικής Αμερικής, στη Νότια Αμερική. Στην Βραζιλία, οι ακούσιοι τραυματισμοί αποτέλεσαν 755.826 εισαγωγές στο νοσοκομείο το 2004, των οποίων οι 216.377 περιλαμβάνουν άτομα ηλικίας μέχρι 19 ετών. Το 2002, 22.373 παιδιά και έφηβοι πέθαναν από εξωτερικές αιτίες στη Βραζιλία.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΙΣ Η.Π.Α

Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Η.Π.Α.) – συχνά αναφερόμενες ως «**Ηνωμένες Πολιτείες**» ή απλά «**Αμερική**» – είναι μια ομοσπονδιακή δημοκρατία 50 [πολιτειών](#) που βρίσκεται στο κέντρο της [Βόρειας Αμερικής](#). Οι τραυματισμοί στην παιδική ηλικία είναι υπεύθυνοι για περίπου 16.000 θανάτους κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες, και πάνω από 70% από αυτούς τους θανάτους είναι το αποτέλεσμα των ακούσιων τραυματισμών. Μη μοιραίοι ακούσιοι τραυματισμοί είναι επίσης μια σημαντική αιτία της παιδικής νοσηρότητας. Πάνω από 20 εκατομμύρια μη μοιραίοι τραυματισμοί είναι υπολογισμένοι για να εμφανιστούν στα παιδιά των Η.Π.Α. κάθε χρόνο, που κοστίζει \$347 δισεκατομμύρια και που λογοδοτεί για περισσότερο από 300.000 εισαγωγές στο νοσοκομείο. Το 2001, οι ακούσιοι τραυματισμοί ήταν η σημαντικότερη αιτία θανάτου μεταξύ ανθρώπων ηλικίας 1-34 ετών, και η πέμπτη σημαντική αιτία θανάτου σε όλες τις ηλικιακές ομάδες στις Η.Π.Α. Οι κύριες αιτίες του ακούσιου τραυματισμού ποικίλουν με την ηλικία και περιλαμβάνουν το πνίξιμο, τη δηλητηρίαση, την ασφυξία, τις πυρκαγιές, τα εγκαύματα, τις πτώσεις, και το μηχανοκίνητο όχημα, το ποδήλατο, και συντριβές σχετιζόμενες με πεζούς. Το 2001, υπήρξαν 2.413.888 περιπτώσεις ακούσιων τραυματισμών που έρχιζαν έκτακτης ανάγκης. Επίσης οι πτώσεις, τα εγκαύματα, η πνιγμονή και ο πνιγμός είναι οι κύριες αιτίες των οικιακών ακούσιων τραυματισμών μεταξύ ατόμων ηλικίας λιγότερο από 15 έτη στις Η.Π.Α. Αν και οι πτώσεις είναι η δέκατη αιτία θανάτου από το ακούσιο τραυματισμό, είναι και η κύρια αιτία φροντίδας στις εντατικές των Η.Π.Α. Ακόμη υπήρξε ένας θάνατος κάθε 19.007 πτώσεις που αντιμετωπίστηκαν στις εντατικές. Όσον αφορά τους μη θανάσιμους τραυματισμούς αν και είναι η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των ατόμων 0-14 έτη, εμφανίζονται λιγότερο συχνά. Το 2002 υπήρξαν 106.742 θάνατοι από τους τραυματισμούς, 5.6 εκατομμύρια εισαγωγές στο νοσοκομείο και 40.2 εκατομμύρια παιδιά στα τμήματα έκτακτης ανάγκης για επείγουσα φροντίδα. Όσον αφορά τώρα τους τραυματισμούς στις παιδικές χαρές, ετησίως περισσότερα από 200.000 παιδιά έως 15 ετών επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των

νοσοκομείων λόγω τραυματισμού που έλαβε χώρα σε μία παιδική χαρά. Επιπλέον τα εγκαύματα αποτελούν σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνητότητας, ιδιαίτερα σε ηλικίες μικρότερες των 5 ετών και κατατάσσονται τα τελευταία 20 χρόνια ως η δεύτερη αιτία θανάτου για παιδιά ηλικίας κάτω των 4 ετών στις Η.Π.Α και η Τρίτη αιτία για παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας. Τέλος στις Η.Π.Α αναφέρονται 9.000 περίπου θύματα πνιγμού .Ο πνιγμός στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από ατύχημα, που συμβαίνει σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών και είναι πιο συνηθισμένη στα αγόρια. Επίσης 31.000 παιδιά μεταφέρονται κάθε χρόνο στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων με σύνδρομο πνιγμού. Το 50% των θυμάτων από πνιγμό, παιδιών ηλικίας 2-4 ετών, παρατηρείται στις πισίνες και το 98 % στο γλυκό νερό .Τέλος οι ιατρικές δαπάνες για τους τραυματισμούς μεταξύ 1985 -2000 υπολογίζονται σε 117 δισεκατομμύρια δολάρια.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗ ΚΙΝΑ

Η Λαϊκή δημοκρατία της Κίνας είναι χώρα της Ανατολικής Ασίας. Είναι η χώρα με τον μεγαλύτερο πληθυσμό στον κόσμο, 1.338.612.968 κατοίκους. Στην Κίνα έχει υπολογιστεί ότι 800.000 θάνατοι από τραυματισμούς κάθε έτος, με 50 εκατομμύρια μη θανάσιμους τραυματισμούς προκαλώντας φυσικές ανικανότητες σε 2.3 εκατομμύρια ανθρώπους.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Η Ευρώπη, είναι η τέταρτη σε έκταση ήπειρος του πλανήτη μας. Ο πληθυσμός της, σύμφωνα με τα στοιχεία του 1981 ξεπερνούσε τα 670.000.000 κατοίκους. Στις ανατολικές ευρωπαϊκές χώρες τα παιδιά και οι έφηβοι μέχρι 19 ετών έχουν μία θνησιμότητα 1.4/10.000.Επίσης 5 από τις νέες χώρες μέλη της ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 και 3 χώρες της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Περιοχής (Ρουμανία, Εσθονία, Λιθουανία και Βουλγαρία) παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλούς δείκτες παιδικής θνησιμότητας από ατύχημα ενώ στις υπόλοιπες χώρες η θνησιμότητα είναι κάτω από 100 παιδιά ανά εκατομμύριο παιδικού

πληθυσμού. Η Μάλτα, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο συγκαταλέγονται στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας. Στη Μεγάλη Βρετανία έχουν ακόμα ένα υψηλότερο ποσοστό αύξησης στα μοιραία τροχαία ατυχήματα από τη Σουηδία, Ισλανδία, ή στην Κύπρο.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

Η **Κοινοπολιτεία της Αυστραλίας** είναι η έκτη μεγαλύτερη χώρα στον κόσμο (γεωγραφικά), η μόνη που καταλαμβάνει μία ολόκληρη [ήπειρο](#), και η μεγαλύτερη στην Αυστραλασία. Μια αναδρομική μελέτη παιδιατρικού τραύματος ,από το Νοσοκομείο Παιδών του Σίδνεϊ σε NSW, Αυστραλία, παρατήρησε μια σημαντική αύξηση σχετική με τις εμφανίσεις τραυματισμών με δίκυκλο από τον Οκτώβριο του 1999 έως το Σεπτέμβριο του 2000 στο 60% του πληθυσμού της μελέτης που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών του από την περίοδο του 12ου μήνα. Κατά τη διάρκεια της περιόδου 18 μηνών, υπήρξαν 67 τραυματισμοί από μηχανικά δίκυκλα . Αυτοί ήταν από συνολικά 4981 παιδιατρικές περιπτώσεις τραύματος κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου, που δίνει μια επίπτωση 1.3%. Πέντε περιπτώσεις αποκλείστηκαν από τη μελέτη λόγω των ελλιπών στοιχείων ή χάθηκαν για να εξακολουθήσουν, αφήνοντας 62 για ανάλυση. Υπήρξαν 35 (56.5%) αγόρια ασθενείς και 27

(43.5%) κορίτσια ασθενείς. Η μέση ηλικία ήταν 9 έτη (σειρά 2-16) με μια σταθερή απόκλιση 2.8 ετών. Η περίοδος μελέτης 18 μηνών διαιρέθηκε σε τρίμηνα με έναν μειωμένο αριθμό παρουσιάσεων κατά τη διάρκεια της περιόδου της μελέτης. Υπήρξαν 35 περιπτώσεις (56.5%) στο πρώτο τρίμηνο, 17 (27.5%) στο δεύτερο και τα 10 (16%) στο τρίτο. Οι αναβάτες ήταν πιθανό να παρουσίαζαν έναν ανώτερο τραυματισμό άκρων, ο οποίος περιέλαβε 26 (41.9%) σπασίματα και 10 (16.1%) μαλακούς τραυματισμούς ιστού. Η επόμενος πιο κοινός τραυματισμός ήταν μια ανοικτή πληγή στο πρόσωπο, το κεφάλι ή το λαιμό όπως εμφανίζεται σε οκτώ περιπτώσεις (12.9%). Τραύματα στο κεφάλι παρατηρήθηκαν σε πέντε (8.1%) περιπτώσεις. Δεν υπήρξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μέσα στο επίπεδο εμπειρίας στους αναβάτες που παρουσιάζονται με τραυματισμούς. Είκοσι (32.3%) αναβάτες είχαν την εμπειρία ενός μήνα, 15 (24.2%) αναβάτες 1-6 μήνες εμπειρία , 15 αναβάτες (24.2%) 7 – 12 μήνες και 12 (19.4%) αναβάτες είχαν εμπειρία 1 έτους.

Για 13 από τους 20 αναβάτες με 1 μήνα εμπειρίας, το ατύχημα εμφανίστηκε την πρώτη ημέρα της χρήσης μηχανικών δίκυκλων. Μόνο 11 αναβάτες (17.7%) φόρεσαν το προστατευτικό κράνος και από αυτούς που φόρεσαν τα κράνη, ένας επίσης φορούσε τις επιγονατίδες των γονάτων και άλλος φόρεσε τα επιγονατίδες των γονάτων και αγκώνων.

Πενήντα ένας αναβάτες (82.3%) δεν φόρεσαν κανένα προστατευτικό εξοπλισμό. Η ενήλικη επίβλεψη ήταν παρούσα σε 16 περιπτώσεις (25.8%) και απύουσα σε 46 περιπτώσεις (74.2%). Τα ατυχήματα εμφανίστηκαν σε ιδιωτικό δρόμο σε 27 περιπτώσεις (43.5%), σε ένα δημόσιο μονοπάτι σε 31 περιπτώσεις (50.0%) και σε έναν δημόσιο δρόμο σε τέσσερις περιπτώσεις (6.5%). Οι επιφάνειες ποικίλουν: ασφαλτος σε 10 περιπτώσεις (16.1%) σκυρόδεμα σε 45 περιπτώσεις (72.6%) γρασίδι σε δύο περιπτώσεις (3.2%) και πέντε (8.1%) διάφορα (συμπεριλαμβανομένης της οδήγησης παιδιών με τα μηχανικά δίκυκλά τους στο εσωτερικό και σανίδα με τροχούς στις κεκλιμένες ράμπες. Οι αναβάτες που παρουσιάζονται στα ατυχήματα που εμφανίζονται στους δημόσιους δρόμους ή στα μονοπάτια δεν ήταν πιθανό να έχουν φορέσει κάποιο προστατευτικό εξοπλισμό από εκείνους που είχαν τα ατυχήματα στη ιδιωτική ιδιοκτησία

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ

Η Νέα Ζηλανδία είναι χώρα που αποτελείται από 2 μεγάλα και πολλά μικρότερα νησιά στα νοτιοδυτικά του [Ειρηνικού Ωκεανού](#). Στην Νέα Ζηλανδία, οι δηλητηριάσεις και τα εγκαύματα είναι η εστίαση στις περισσότερες μελέτες για τα ατυχήματα μεταξύ των παιδιών (Meade, 1964 Holdaway, 1972 Allingham, 1975 Wright-ST Clair, 1975 Shaw, 1977). Συγκεκριμένα μια διαχρονική μελέτη έγινε στο Νοσοκομείο Παίδων στο Dunedin της Νέας Ζηλανδίας την περίοδο Απρίλιος 1972-Μάρτιος 1973, η οποία περιείχε δείγμα 991 παιδιών έως 5 ετών. Η μελέτη έδειξε ότι το 16% των παιδιών είχαν δύο ή περισσότερα ατυχήματα και το 10% των ατυχημάτων οδήγησαν σε εισαγωγή στο νοσοκομείο. Το 49% των παιδιών έχριζαν ιατρικής περίθαλψης. Τα ατυχήματα στο σπίτι και γύρω από αυτό αποτέλεσαν το 80% των ατυχημάτων. Επίσης η μελέτη έδειξε ότι οι πτώσεις ήταν ο πιο κοινός τύπος ατυχήματος σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Οι πιο κοινοί τραυματισμοί ως αποτέλεσμα πτώσης ήταν πληγές ή σπασίματα (30%) και η ενδοκρανιακή κάκωση (17%). Όσο αφορά τις δηλητηριάσεις, έχουν αποτελέσει το πιο κοινό αντικείμενο έρευνας

ατυχήματος παιδικής ηλικίας στη Νέα Ζηλανδία(Langley et al, 1979),και ταξινομήθηκαν ως δεύτερος πιο κοινός τύπος ατυχήματος. Περίπου των 11% των παιδιών είχαν πάθει δηλητηρίαση .Η δηλητηρίαση αποτέλεσε των 17% όλων των ατυχημάτων.8 παιδιά δηλητηριάστηκαν 2 φορές και ένα παιδί 6 φορές.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΙΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Στις χώρες με έναν χαμηλότερο ρυθμό ανάπτυξης από τις βόρειες όπως το Βιετνάμ, 90% των δαπανών για τη φροντίδα τραυματισμών πρέπει να πληρωθεί από το θύμα και την οικογένεια του.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΣΘΟΝΙΑΣ

Η Δημοκρατία της Εσθονίας είναι μια χώρα της βορειοανατολικής [Ευρώπης](#) και μία από τις 3 [βαλτικές χώρες](#). Συνορεύει με τη [Λετονία](#) και τη [Ρωσία](#). Το 2004, η Εσθονία έγινε μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο συνολικός πληθυσμός στην Εσθονία είναι 1.344.684 των οποίων 202.429 (15.1%) είναι παιδιά από 0 έως 14 χρονών (στις 1 Ιανουαρίου 2006).Μία έρευνα έγινε τη περίοδο 2000-2005 η οποία μελέτησε τους παιδικούς θανάτους από εξωτερικές αιτίες. Το 2000, το γενικό ποσοστό θανάτων τραυματισμών στα παιδιά ηλικίας 0-14 ήταν 28.7% ανά 100.000 στην Εσθονία, ποσοστό 5 φορές υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό στη γειτονική Φινλανδία Η μέση ετήσια θνησιμότητα από τις εξωτερικές αιτίες 0-14 ετών στα παιδιά στην Εσθονία ήταν 19.1% ανά 100.000 παιδιά . Τα ατυχήματα όπως η ασφυξία και τα μεταφορικά μέσα ήταν τα σημαντικότερα και ακολούθησαν η δηλητηρίαση και οι αυτοκτονίες . Τα ατυχήματα οδικής κυκλοφορίας ήταν αιτία θανάτου σε 4.757 θανάτων στα ατυχήματα μεταφορών. Δεκαεννέα παιδιά ήταν επιβάτες στα μηχανοκίνητα οχήματα, 7 ήταν πεζοί και 21 πέθαναν στα ατυχήματα ποδηλάτων. Οι θάνατοι από τα ατυχήματα μεταφορών που δεν θα μπορούσαν να ταξινομηθούν ως ατυχήματα οδικής κυκλοφορίας περιέλαβαν 4 θανάτους στα ατυχήματα σιδηροδρόμων, ένα στο αεροπλάνο, ένα στη μοτοσυκλέτα, και ένα από όχημα για το χιόνι. Μεταξύ των 16 θανάτων από τη δηλητηρίαση, 10 προκλήθηκαν από μονοξείδιο του άνθρακα ενώ τα υπόλοιπα 6 προκλήθηκαν με τα φάρμακα. Τρεις θάνατοι προκλήθηκαν

από το ηλεκτρικό τραύμα και υπήρξε μια περίπτωση της υποθερμίας. Η αιτία του θανάτου ήταν άγνωστη για περισσότερο από 10% των θανάτων τραυματισμών. Η κάλυψη και η ακρίβεια της εγγραφής των θανάτων τραυματισμών από τη στατιστική υπηρεσία της Εσθονίας ήταν 91.5% και 95.3%, αντίστοιχα. Η θνησιμότητα παιδικής ηλικίας λόγω τραυματισμών στην Εσθονία είναι μεταξύ του υψηλότερων ποσοστών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ο αριθμός θανάτων από τραυματισμούς στη στατιστική υπηρεσία της Εσθονίας υποτιμάται ελαφρώς συνήθως λόγω της λάθος ταξινόμησης για τους θανάτους από τις ασθένειες. Γενικότερα τα εσθονικά ποσοστά είναι μόνο ελαφρώς χαμηλότερα από εκείνα στη Ρωσία (99.2 ανά 100,000), αλλά αρκετά υψηλότερα από τα ποσοστά στις ΗΠΑ (19.7%), τη Γαλλία (14.3%), την Ιαπωνία (23.3%) ή τον Καναδά (15.0%).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΙΝΔΙΑΣ

Ινδία είναι χώρα στη νότια [Ασία](#), η κυριότερη χώρα της Ινδικής χερσονήσου, με πληθυσμό 1.166.079.217 κατοίκους, με βάση εκτιμήσεις του 2009. Μία μελέτη που έγινε σε τριτογενές νοσοκομείο της Ινδίας σε 225 παιδιά με μια μέση ηλικία 6.14 ετών. Τα αγόρια ξεπέρασαν αριθμητικώς τα κορίτσια με την αναλογία 2.35:1. Τα παιδιά σχολικής ηλικίας (6-12 έτη) ήταν τα περισσότερα συνήθως τραυματισμένα 50.6%, ακολούθησαν τα νήπια [(3-5 έτη) 26.6%], τα μικρά παιδιά [(1-2 έτη) 18.6%] και τα βρέφη [(0-1 έτη) 4%], αντίστοιχα. Το σπίτι ήταν το πιο κοινό μέρος του τραυματισμού [137 (60.8%)]. Άλλες συμπεριλαμβανόμενες περιοχές δρόμοι/εθνικές οδοί [38 (16.8%)], πάρκο/παιδική χαρά [37 (16.4%)], σχολείο [8 (3.5%)] και διάφορα (εργασιακός χώρος, γειτονιά κ.λπ.) [5 (2.2%)]. Ο πόνος [189 (84%)] ταξινομήθηκε με βάση πρώτα το σύνθετο σύμπτωμα στους ασθενείς μας. Η αιμορραγία και η περιορισμένη κίνηση των άκρων αποτέλεσαν 86 (38.2%) και 59 (26.2%) των σημαδιών και των συμπτωμάτων, αντίστοιχα. Η απώλεια συνείδησης φάνηκε σε 22 (9.7%) παιδιά. Το πρήξιμο της τραυματισμένης περιοχής και άλλα σημάδια (σκισίματα) φάνηκαν σε 17 (7.5%) και 8 (3.5%), αντίστοιχα. Το ιατρικό προσωπικό ανέλαβε τα τραυματισμένα παιδιά ήταν ορθοπεδικοί σε 90 (39%) περιπτώσεις, νευροχειρουργοί σε 65 (28.8%), παιδιατρικοί χειρουργοί, 56 (24.3%) και, ωτορινολαρυγγολόγοι και ειδικούς οδοντίατροι, 6 (2.6%) περιπτώσεις κάθε ένας. Άλλες ειδικότητες που περιλαμβάνονται στην φροντίδα συμπεριέλαβαν την παιδιατρική νευρολογία και την πλαστική χειρουργική σε 2 (0.8%) περιπτώσεις κάθε μια και γαστρεντερολόγοι, 3 (1.3%) περιπτώσεις. Η απλή ακτίνα X των τραυματισμένων περιοχών ήταν πιο κοινά διατεταγμένη σε 121 περιπτώσεις (53.7%) ακολουθήθηκε από την

υπολογισμένη τομογραφία του κεφαλιού σε 48 (21.3%) και υπέρηχος τις κοιλιάς σε 6 περιπτώσεις (2.6%). Σε έναν μέσο όρο, τα παιδιά παρουσιάστηκαν στο νοσοκομείο 168 λεπτά (χρονικό διάστημα 10 έως 2880 λεπτά) μετά από έναν τραυματισμό. Τα τραυματισμένα παιδιά παρουσιάστηκαν πιο συχνά με τον πατέρα τους μόνο [111παιδιά (49.3%)], ακολούθησαν παιδιά συνοδευόμενα και από τους 2 γονείς [42 (18.6%)], μόμο από την μητέρα [39 (17.3%)], από την αστυνομία [9 (4%)] και άλλους (δάσκαλοι, θείος, θείες, αδελφοί ή αδελφή) [24 (10.6%)]. Από τα 70 παιδιά με τους μικροτραυματισμούς, 62 (88.5%) αντιμετωπίστηκαν και απαλλάχθηκαν ενώ το υπόλοιπο απαλλάχθηκε μετά από μία συνεχή παρατήρηση. Από εκείνους με τους μέτριους τραυματισμούς (n=129), 98 (76%) και 5 όμοια διευθέτησαν, αντίστοιχα. Από μεταξύ των 26 σοβαρά τραυματισμένων παιδιών, τα 23 (88.4%) αντιμετωπίστηκαν έγκαιρα και 1 παρουσιάστηκε νεκρό. Το 19.3% (25) από τα μετρημένα που τραυματίστηκαν χρειάστηκαν εισαγωγή.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα , είναι χώρα στην νοτιοανατολική [Ευρώπη](#), στο νοτιότερο άκρο της [Βαλκανικής χερσονήσου](#), στην Ανατολική [Μεσόγειο](#). Σύμφωνα με την τελευταία απογραφή (2001) ο [μόνιμος πληθυσμός](#) της χώρας είναι 10.934.097 κ. Την ημέρα της απογραφής, στη χώρα βρέθηκαν και απογράφηκαν ([πραγματικός πληθυσμός](#)) 10.164.020 κ. Σύμφωνα με εκτιμήσεις για το 2009, η χώρα αριθμεί 11.262.500 κατοίκους. Περισσότερα από 700 παιδιά χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους στη χώρα μας εξαιτίας ατυχημάτων, ενώ υπολογίζεται ότι 3.000 μένουν ανάπηρα. Η χώρα μας είναι από τις πρώτες χώρες στην Ευρώπη όσον αφορά τον αριθμό παιδικών ατυχημάτων και η έβδομη κατά σειρά χώρα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση των «15» σε δηλητηριάσεις.

Συγκλονιστικά είναι τα στοιχεία για το μέγεθος του προβλήματος των παιδικών ατυχημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Τα τροχαία ατυχήματα, οι πτώσεις, τα εγκαύματα, οι πνιγμοί και οι δηλητηριάσεις είναι οι κυριότερες αιτίες τραυματισμού των παιδιών και προκαλούν περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη αιτία. Αυτό, όμως, είναι μόνο η κορυφή του παγόβουνου.

Σύμφωνα με έρευνες, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κάθε μέρα 14 παιδιά πεθαίνουν από τραυματισμό, 2.240 γίνονται εισαγωγή στο νοσοκομείο και 28.000 περιθάλπονται στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών.

Ένα στα δέκα παιδιά επισκέπτεται τουλάχιστον μία φορά τα Νοσοκομεία Παίδων λόγω κάποιου τραυματισμού, ενώ το 40% της κίνησης των παιδιατρικών νοσοκομείων αφορά τις ορθοπεδικές και χειρουργικές κλινικές. Μεγάλο πρόβλημα αποτελούν και τα εγκαύματα. Κάθε χρόνο έχουμε περίπου 600 παιδιά με εγκαύματα στην Αττική και 400 στην υπόλοιπη χώρα.

Παράλληλα, το Εθνικό Κέντρο Δηλητηριάσεων δέχεται σε ετήσια βάση περίπου 45.000 κλήσεις για φαρμακευτικές δηλητηριάσεις, από τις οποίες περίπου οι μισές αφορούν παιδιά και στην πλειοψηφία τους αφορούν ψυχοφάρμακα, ενώ ακολουθούν τα αναλγητικά και τα αντιβιοτικά (Νέτα, 2007). Σοκαριστικό είναι ότι καταγράφονται απόπειρες αυτοκτονίας με ψυχοφάρμακα σε παιδιά 9-14 ετών. Επίσης, αναφέρθηκε ότι τα ατυχήματα στα παιδιά είναι συχνότερα στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (με εξαίρεση αυτά που συμβαίνουν στις πισίνες), ενώ ιδιαίτερα προβλήματα υπάρχουν στον πληθυσμό των Τσιγγάνων. Όσον αφορά τον Πνιγμό είναι η 2η αιτία θανάτου από ατύχημα στα παιδιά σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Στην Ελλάδα έχουμε ετησίως περίπου 300 πνιγμούς, εκ των οποίων οι 35 αφορούν παιδιά και εφήβους. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου και σοβαρών αναπηριών στα παιδιά από τη γέννησή τους μέχρι την εφηβεία, τόσο διεθνώς όσο και στη χώρα μας. Ετησίως, 9300 παιδιά ηλικίας μέχρι 14 ετών πέφτουν θύματα τροχαίων (πεζοί, με δίκυκλα, μέσα σε αυτοκίνητο κ.λπ. Ετησίως, 40 παιδιά έως 14 ετών χάνουν τη ζωή τους σε ατυχήματα (Ανώνυμος, 2006).

Σύμφωνα με έρευνες του Υπουργείου Υγείας, σημαντικό ποσοστό των ατυχημάτων παιδιών της εφηβικής ηλικίας, συμβαίνουν στο σχολείο (Γεωργιακώδης & Βοζίκης, 2004). Μελέτη των παιδιών με ατύχημα που κατέφυγαν σε ένα Νοσοκομείο της περιοχής της Αττικής κατά το 1992 έδειξε ότι περίπου τα μισά από τα ατυχήματα αυτά στην ηλικία 1-4 ετών έγιναν στο σπίτι, ενώ, περίπου ένα στα τρία ατυχήματα στην ηλικία 5-14 ετών έγιναν στο σχολείο (Hellenic Ministry of Health. and Welfare et al, 1993).

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα του Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ), που προέρχονται από τέσσερα Νοσοκομεία της χώρας (Ν. Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού», Ασκληπιείο Βούλας, Γ.Π.Ν. Βόλου και Γ.Π.Ν. Κέρκυρας), προκύπτει ότι την πενταετία 1996-2000 προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία αυτών των νοσοκομείων λόγω ατυχήματος 70.000 παιδιά ηλικίας 5-14 ετών. Το 18% αυτών των ατυχημάτων συνέβησαν μέσα ή γύρω από τα σχολεία.

Σε μία μελέτη από τα αρχεία του Νοσοκομείου Καρδίτσας των 2281 περιστατικών που προσήλθαν στο Τ. Ε. Π (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) για κάθε τύπου ατυχήματα, κατά το έτος 2005 έδειξε ότι η σειρά συχνότητας ανά κατηγορία ατυχήματος είναι : κακώσεις (74,39%), πτώσεις (11,66%), ξένο σώμα (4,77%), τροχαία (4,6%), εγκαύματα (2,58%), δήγματα ζώων (1,53%), κακοποίηση (0,39%).

Τα τροχαία προκλήθηκαν με αυτοκίνητο (42%), ποδήλατο (39%) και μοτοποδήλατο (18%). Η πλειοψηφία των παιδιών ήσαν ιθαγενείς (90%), αλλά και αθίγγανοι (7,7%), αλλοδαποί (2,3%).

Στο σύνολο των παιδιών, η αναλογία ατυχημάτων αγοριών- κοριτσιών είναι 2/1 (60,64% αγόρια, 38,36% κορίτσια) είτε αυτά διαμένουν στην πόλη ή στην ύπαιθρο (Μπάρκα, Χατζηδάκη και λοιποί, 2004). Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και στα δυο φύλα υπερέχει η κάκωση και ακολουθούν κατά ηλικία, στα βρέφη η πτώση (45,33%) και τα εγκαύματα (9,33%), στα παιδιά 1-10 ετών το ξένο σώμα (12,89%) και 5-15 ετών τα τροχαία (11%). Στα βρέφη υπερτερεί ο τραυματισμός της κεφαλής (60%), ενώ με την αύξηση της ηλικίας αυξάνονται οι κακώσεις των άκρων. Τα περισσότερα ατυχήματα συνέβησαν (56,25%) στα παιδιά που διαμένουν στην πόλη μας. Τα εγκαύματα στην πόλη υπερτερούν ελαφρά (3,12% έναντι 1,90% στο χωριό), ενώ τα τροχαία υπερέχουν στην ύπαιθρο (5,51% έναντι 3,90% στην πόλη).

Τους θερινούς μήνες: 57%, τους χειμερινούς: 43%. Όλων των τύπων τα ατυχήματα υπερτερούν τους θερινούς μήνες (Απρίλιο-Σεπτέμβριο), πλην των εγκαυμάτων και της κακοποίησης που υπερέχουν τους χειμερινούς (Οκτώβριο- Μάρτιο). Τα 96,1% των περιστατικών αντιμετωπίστηκαν στο Τ. Ε. Π και το 6,06% νοσηλεύτηκαν (στη χειρουργική κλινική το 2,37% κυρίως από πτώση, με συχνότερο μέλος κάκωσης την κεφαλή, στην ορθοπεδική κλινική το 0,35% για κατάγματα).

Το 1,18% διακομίστηκε σε νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως λόγω ξένου σώματος. και εξ αυτών η πλειοψηφία ανήκει στην ηλικία 1-5 ετών.

Επίσης, σε μελέτη για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπολογίστηκε ότι 70.000 άτομα κάθε χρόνο διακομίζονται στα επείγοντα ιατρεία των νοσοκομείων εξαιτίας ατυχήματος με κούνια. Στην Ελλάδα, εκτιμάται ότι επτά στους δέκα τραυματισμούς που συμβαίνουν στον χώρο της παιδικής χαράς οφείλεται σε πτώση. Ένα στα πέντε παιδιά μάλιστα, χρειάζονται να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο και τα τραύματα είναι συνήθως κατάγματα, διασεισεις και εξαρθρήματα. Δυστυχώς, πολλοί παιδότοποι δεν είναι τόσο ασφαλείς όσο θα έπρεπε να είναι. Κάθε έτος, περίπου 250.000 παιδιά στην Ευρώπη κάτω από την ηλικία 15 απαιτούν τη νοσοκομειακή περίθαλψη για τους τραυματισμούς τους σε παιδότοπους & παιδικές χαρές .(Κυριακίδη, 2007). Η έρευνα, που πραγματοποιήθηκε από την Ελληνική Καταναλωτική Οργάνωση – Ε.ΚΑΤ.Ο.,σε συνεργασία με τις αντίστοιχες Ευρωπαϊκές Οργανώσεις έδειξε ότι το 2001 μέχρι το τέλος του 2002, περισσότερα από 31.000 παιδιά κάτω από την ηλικία 5 εισήχθησαν για νοσοκομειακή περίθαλψη τα οποία τραυματίστηκαν από τις κούνιες, σχεδόν 25.000 τα οποία τραυματίστηκαν στις τσουλήθρες και σχεδόν 13.500 τα οποία τραυματίστηκαν στα σύρματα ή στα κιγκλιδώματα. Για πολύ καιρό τα παιδιά 5 έως 15, που εισήχθησαν για νοσοκομειακή περίθαλψη λόγω τραυματισμού στις κούνιες ή στους φραγμούς και τα κιγκλιδώματα υπερέβησαν τα 60.000, και στις τσουλήθρες υπερέβησαν τα 26,000.

Η επιτροπή που συντονίζει την έρευνα έχει διαπιστώσει ότι σε σχεδόν 60% των περιπτώσεων τα παιδιά τραυματίστηκαν πέφτοντας στο δάπεδο των παιδότοπων, 14% των τραυματισμών προκλήθηκαν από τις πτώσεις που οδήγησαν σε χτύπημα πάνω στον εξοπλισμό ή σε παιχνίδι 18,5% προκλήθηκαν από σύγκρουση εν κινήσει με τον στάσιμο εξοπλισμό και σχεδόν 7% προέκυψε από την επαφή με τα αιχμηρά σημεία ή άκρες, τα σημεία δεσίματος ή τις προεξοχές στον εξοπλισμό.

Επειδή οι πτώσεις είναι ο πιο κοινός τύπος ατυχήματος στους παιδότοπους , πρέπει να υπάρξει ιδιαίτερη προσοχή στην παρεμπόδιση των πτώσεων και την ελάττωση της δριμυτητάς τους,. Τα παιδιά πέφτουν επειδή γλιστρούν, χάνουν το πιάσιμό τους ή χάνουν την ισορροπία τους παίζοντας στους φραγμούς, τις κούνιες, τις τσουλήθρες, το γύρω – γύρω - όλοι και τα παιχνίδια αναρρίχησης. Συχνά τραυματίζονται όχι μόνο από την πτώση αλλά με χτύπημα στον εξοπλισμό καθώς πέφτουν.

Μόλις πέντε δήμοι της Αττικής και δύο της υπόλοιπης χώρας έχουν ζητήσει να πραγματοποιηθούν έλεγχοι καταλληλότητας στις παιδικές τους χαρές από τον Ελληνικό Οργανισμό Τυποποίησης. Την ίδια στιγμή, το 10% των παιδιών ηλικίας 3 έως 12 ετών, που καταφθάνουν στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, έχουν υποστεί τραυματισμούς κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού στο περιβάλλον των παιδικών χαρών. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικό αν αναλογιστεί κανείς το πόσο λίγο χρόνο περνούν τα παιδιά στις παιδικές χαρές σήμερα. Και στις μισές περιπτώσεις τα ατυχήματα θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί με τις κατάλληλες παρεμβάσεις από πλευράς σχεδιασμού και εξοπλισμού, σύμφωνα με στοιχεία του Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ).

Τέλος, τα δεδομένα της Πύλης Ατυχημάτων δείχνουν ότι κατά την τελευταία διαθέσιμη περίοδο (1992-2004) παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα 1593 ακούσιοι θάνατοι παιδιών ηλικίας 0-14, εκ των οποίων οι 874 οφείλονταν σε τροχαία, οι 135 σε πνιγμούς, οι 82 σε πτώσεις, οι 47 σε εγκαύματα, οι 23 σε δηλητηριάσεις. Για τους υπόλοιπους 432 θανάτους από ατυχήματα οι αιτίες ήταν αδιευκρίνιστες.

Από τους 123 θανάτους παιδιών που σημειώνονται ετησίως στη χώρα μας κατά μέσο όρο, η μεγαλύτερη αναλογία για όλα σχεδόν τα είδη ατυχημάτων και όλες τις ηλικιακές ομάδες αφορά αγόρια (60%). Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 5-9.

Πρώτη αιτία θανατηφόρων ατυχημάτων στα παιδιά (0-14 έτη) είναι τα τροχαία ατυχήματα, που ευθύνονται για το 55% του συνολικού αριθμού θανάτων από γνωστές αιτίες ατυχημάτων στην ηλικία αυτή. Σύμφωνα με τα δεδομένα από τους πίνακες θνησιμότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η Ελλάδα κατέχει την τρίτη υψηλότερη θέση στην Ε.Ε. (14 ανά 100.000 άτομα) αναφορικά με τους δείκτες θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα μεταξύ παιδιών, εφήβων και νέων έως 25 ετών. Κατά την διάρκεια της οκταετίας 1996-2003, καταγράφηκαν στο Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων στα Εξωτερικά Ιατρεία 237,577 ατυχήματα σε άτομα έως 25 ετών, εκ των οποίων 22,037 (9%) ήταν τροχαία.

Στην Ελλάδα (1992-2004) παρατηρούνται ετησίως κατά

μέσο όρο 67 θάνατοι από τροχαία ατυχήματα στις ηλικίες 0-14 ετών. Από το σύνολο των

θανάτων, το 52% αντιστοιχεί σε επιβαίνοντες, το 37% σε πεζούς και το 11% σε οδηγούς. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας εντοπίζονται στις ηλικίες 10-14, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 0-4. Αξιοσημείωτη είναι η αύξηση της θνησιμότητας στα αγόρια κατά την ηλικία των 10-14 ετών.

Όσον αφορά τους πνιγμούς, αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη από τις γνωστές αιτίες θανάτου από ατύχημα στα ελληνόπουλα ηλικίας 0-14 ετών. Στην Ελλάδα (1992-2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 10 θάνατοι από πνιγμούς στις ηλικίες 0-14 ετών. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας για τα αγόρια εντοπίζονται στις ηλικίες 5-9, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 0-4, ενώ το αντίστροφο ισχύει για τα κορίτσια, τα οποία έχουν υψηλότερη θνησιμότητα από πνιγμό στις ηλικίες 0-4 και οι χαμηλότερη στις ηλικίες 5-9. Οι θάνατοι από πτώσεις αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου στα ελληνόπουλα ηλικίας 0-14 ετών. Στην Ελλάδα (1992-2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 6 θάνατοι από πνιγμούς στις ηλικίες 0-14 ετών. Η θνησιμότητα (1992-2004) ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο απεικονίζεται στο διάγραμμα 8. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας (Τριχόπουλος, Καλαποθάκη & Πετρίδου, 2000)

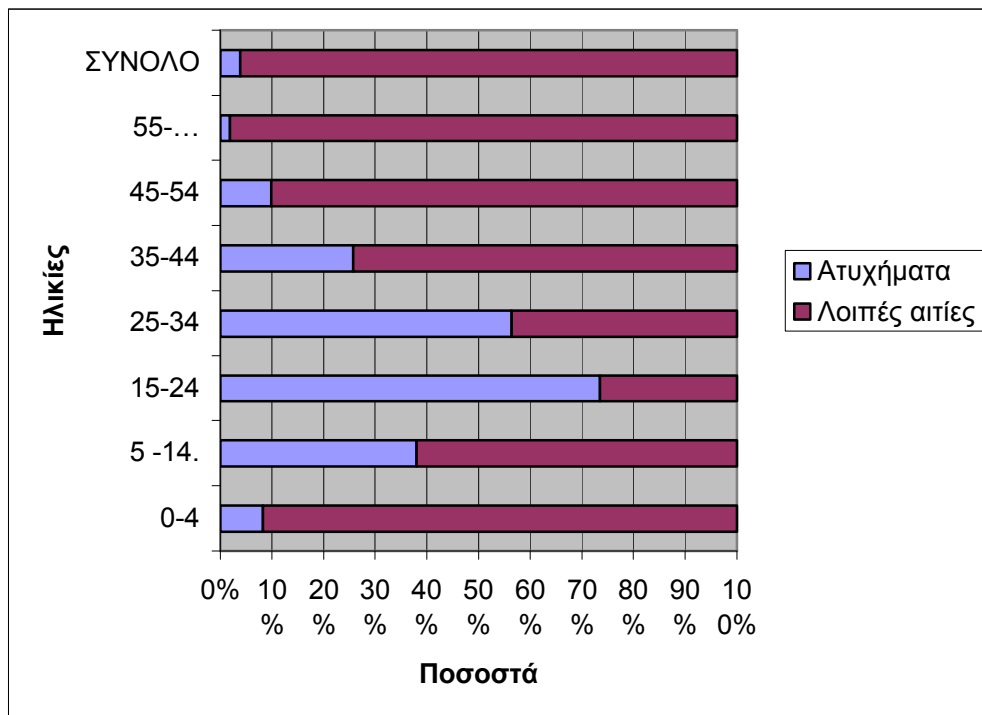
. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας και για τα δύο φύλα εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 5-9 για τα αγόρια και 10-14 για τα κορίτσια.

Τέταρτη αιτία θανάτου από παιδικό ατύχημα γνωστής αιτιολογίας στη χώρα μας είναι τα εγκαύματα. Στην Ελλάδα (1992-2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 4 θάνατοι από εγκαύματα στις ηλικίες 0-14 ετών. Η θνησιμότητα (1992-2004) ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο απεικονίζεται στο διάγραμμα 10. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) αγόρια και κορίτσια εμφανίζουν σχεδόν ίδιους δείκτες θνησιμότητας. Οι

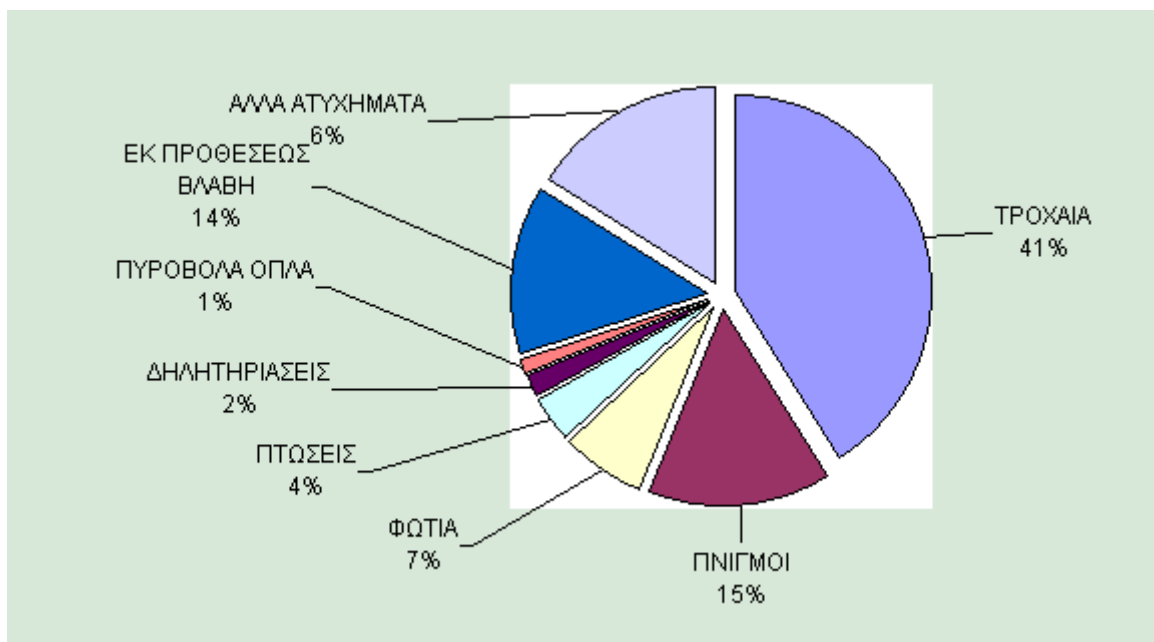
υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας και για τα δύο φύλα εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 10-14.

Στην Ελλάδα (1992-2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 33 θάνατοι από λοιπές και αδιευκρίνιστες αιτίες στις ηλικίες 0-14 ετών. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) αγόρια και κορίτσια εμφανίζουν σχεδόν ίδιους δείκτες θνησιμότητας. Αξιοσημείωτη αύξηση της θνησιμότητας παρατηρείται στις ηλικίες 0-4.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Αιτίες θανάτων σε ποσοστά στην Ελλάδα (2002)



ΠΙΝΑΚΑΣ 2 .ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΘΑΝΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ



**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ
ΠΑΙΔΙΩΝ 1 -14 ΕΤΩΝ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ
ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΟΟΣΑ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 1991-95**

ΧΩΡΕΣ (ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΑ)	ΘΑΝΑΤΟΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ 1991- 95	ΜΕΡΙΔΙΟ ΤΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ (%)	ΖΩΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΣΩΖΟΝΤΑΝ (1991-95) ΑΝ ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΑΝ ΟΛΕΣ ΟΙ ΧΩΡΕΣ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΣΟΥΗΔΙΑΣ
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	1715	42	786
ΑΥΣΤΡΙΑ	608	42	269
ΒΕΛΓΙΟ	781	40	337
ΓΑΛΛΙΑ	4.701	41	2.004
ΔΑΝΙΑ	334	36	120
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	5.171	38	1.949
ΕΛΒΕΤΙΑ	537	40	246
ΕΛΛΑΔΑ	666	40	211
ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ	37.265	49	23.555
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	3.183	29	454
ΙΑΠΩΝΙΑ	7.909	36	2.617
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	357	39	133
ΙΣΠΑΝΙΑ	2.643	33	931
ΙΤΑΛΙΑ	2.563	28	405
ΚΑΝΑΔΑΣ	2.665	44	1.233
ΝΟΤΙΑ ΚΟΡΕΑ	12.624	53	9.996

ΜΕΞΙΚΟ	29.745	30	21.965
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	864	30	186
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	982	36	507
ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ	519	47	324
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	294	37	93
ΠΟΛΩΝΙΑ	5.756	44	3.507
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	1.524	40	1.071
ΣΟΥΗΔΙΑ	391	33	---
ΤΣΕΧΙΑ	1.138	42	638
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	368	43	133
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΩΝ Ο.Ο.Σ.Α.	125.303	39	73.872

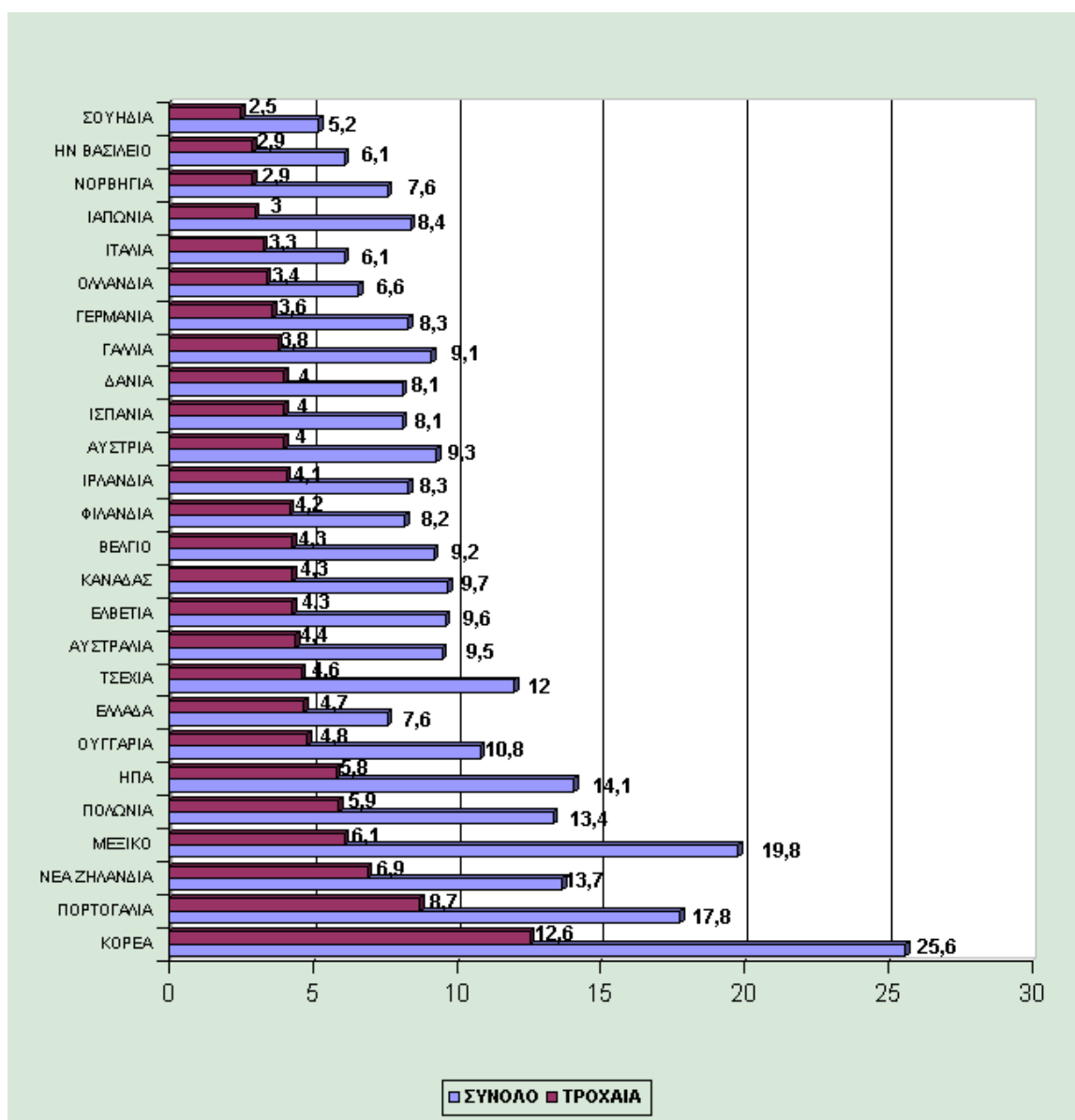
Στοιχεία: Ανάλυση της WHO Mortality Database από το London School of Hygiene & Tropical Medicine

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 - ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

ΘΑΝΑΤΟΙ ΠΑΙΔΙΩΝ 1-14 ΕΤΩΝ ΑΠΟ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1991-95

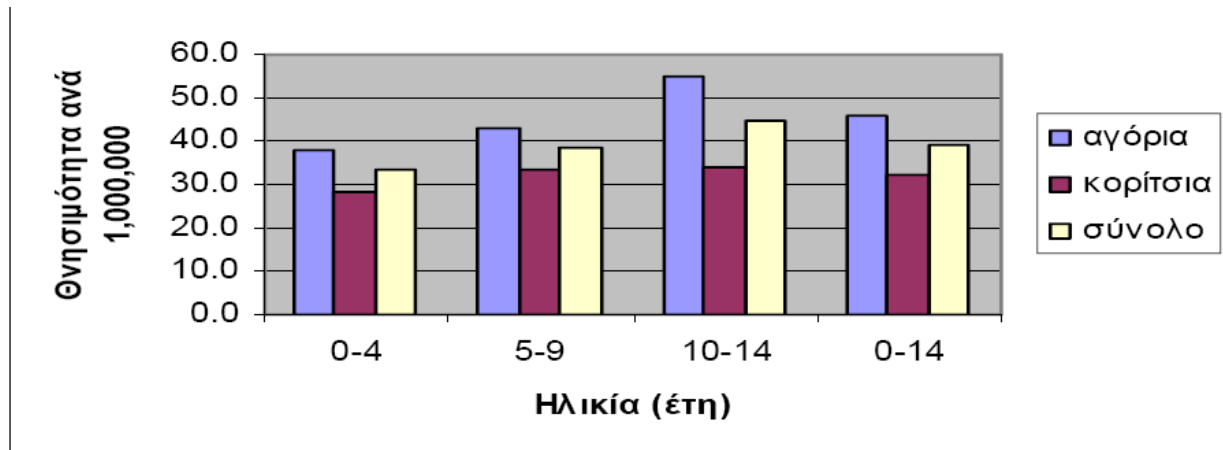
ΑΝΑ 100.000 ΠΑΙΔΙΑ ΤΗΣ ΙΔΙΑΣ ΗΛΙΚΙΑΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ

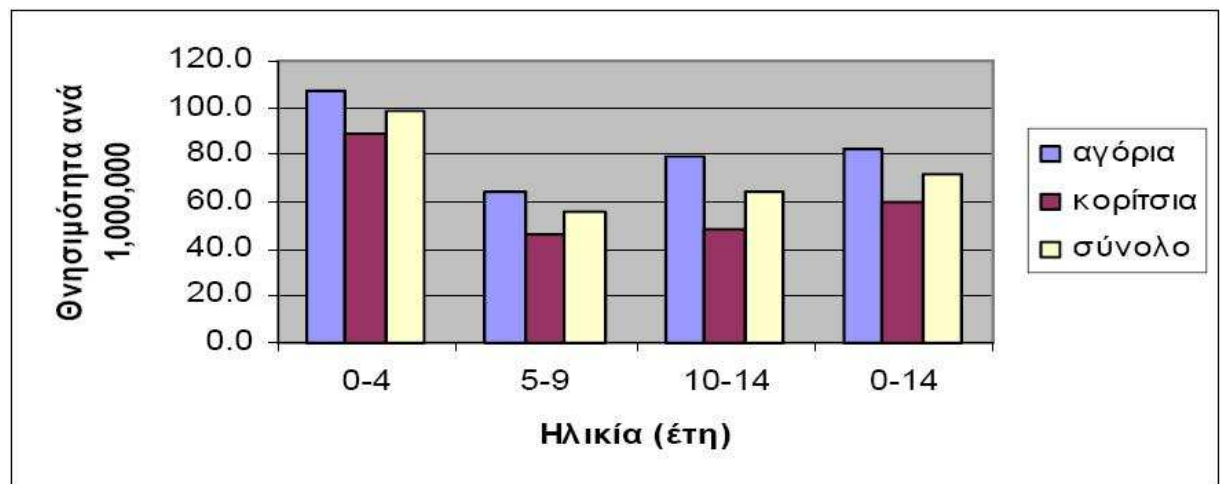


Διάγραμμα 1: Θνησιμότητα ανά 1,000,000 παιδιά από τροχαίο ατύχημα στην Ελλάδα ανά

φύλο και ηλικία (πηγή: Injury Statistics Portal 1992-2004, δεδομένα ΠΟΥ)

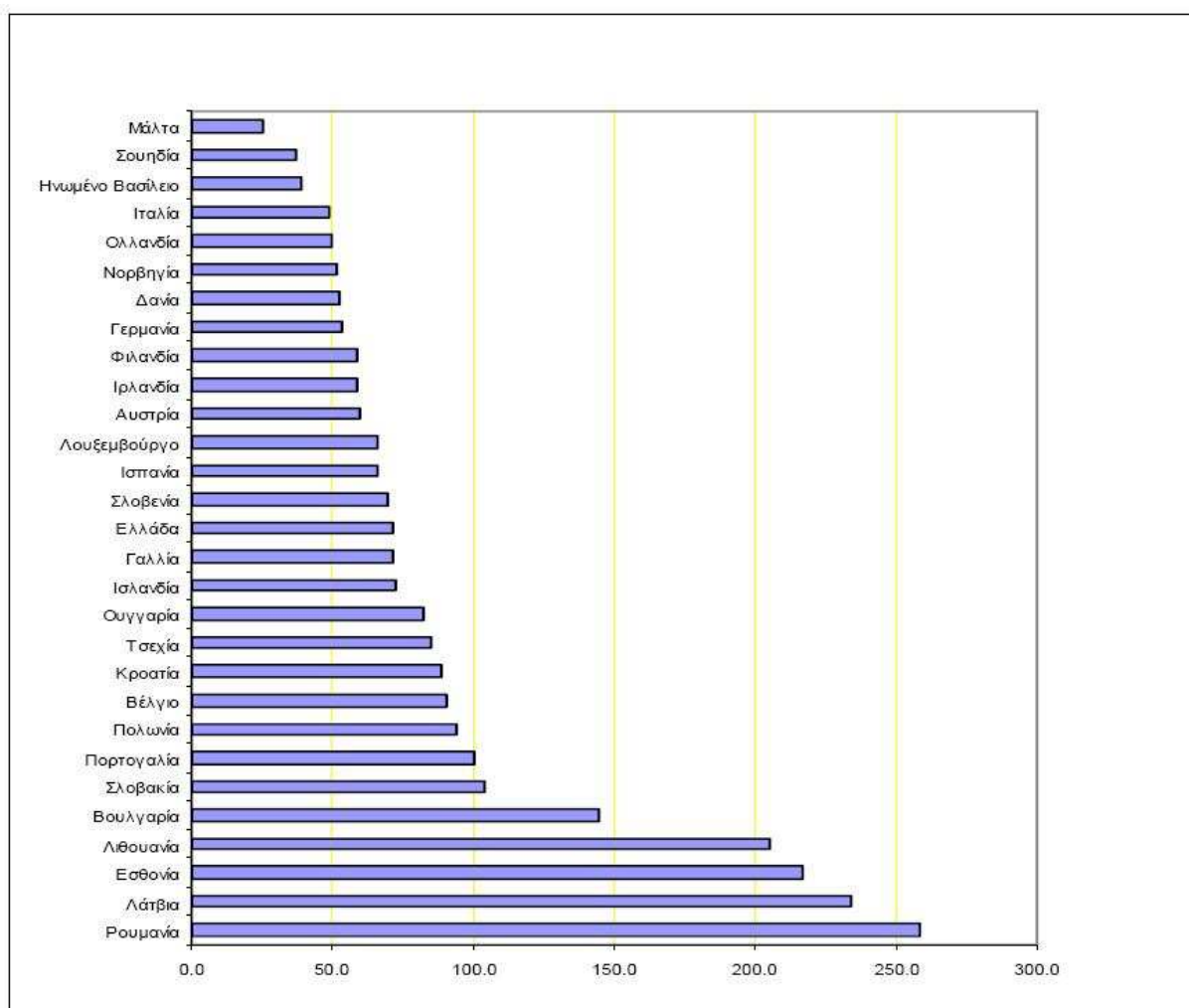


Διάγραμμα 2: Θνησιμότητα ανά 1,000,000 παιδιά από ακούσιο τραυματισμό στην Ελλάδα ανά φύλο και ηλικία (πηγή: Injury Statistics Portal 1992-2004, δεδομένα ΠΟΥ)



Διάγραμμα 2: Θνησιμότητα από παιδικό τραυματισμό (ανά 1,000,000) στην Ευρώπη

(πηγή: Injury Statistics Portal, δεδομένα ΠΟΥ)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Τα ατυχήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτων σε παιδιά ηλικίας 1-14 ετών. Το ποσοστό στα αγόρια φθάνει στο 65% ενώ στα κορίτσια αγγίζει το 35%. Το 60% των ατυχημάτων συμβαίνουν μέσα στο σπίτι. Τα τροχαία σε ποσοστό 75% περίπου αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτων με δεύτερη αιτία τους πνιγμούς.(Ντόλατζα 2006).

Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία την τελευταία 10ετία «χάθηκαν» 5.000 περίπου παιδιά κυριολεκτικά στους δρόμους. Πολλά είναι τα ατυχήματα που γίνονται στα παιδιά τόσο μέσα στο σπίτι όσο και έξω από το σπίτι, στο δρόμο ,στις παιδικές χαρές και αλλού. Το περιβάλλον αποτελεί πηγή συνεχών κινδύνων για το παιδί, γι' αυτό οι γονείς θα πρέπει να προφυλάσσουν τα παιδιά τους. Τα παιδιά δεν έχουν την αίσθηση του κινδύνου και δεν γνωρίζουν πώς να προφυλαχθούν. (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας).

Πάρα πολλοί είναι οι κίνδυνοι και οι παράγοντες που προκαλούν ατυχήματα στα παιδιά. Πολλούς τους αγνοούμε, αλλά τους περισσότερους κινδύνους τους γνωρίζουμε και γι' αυτό θα προσπαθήσω όσο το δυνατό πιο συνοπτικά να αναφερθώ στα ατυχήματα που συμβαίνουν μέσα στο σπίτι και στα ατυχήματα που μπορούν να συμβούν εκτός σπιτιού, τα «ορατά» και τα «αόρατα» με την ευρεία έννοια.

Σύμφωνα με Αμερικανικές στατιστικές το 1974 στην Αμερική πέθαναν 24.000 περίπου παιδιά. Απ' αυτά τα 12.000 περίπου πέθαναν από ατυχήματα. Τα μισά απ' αυτά, περίπου 6.000, πέθαναν σε τροχαία ατυχήματα. Τα υπόλοιπα 6.000 πέθαναν από πτώσεις, εγκαύματα, δηλητηριάσεις κ.τ.λ.(Ντόλατζα 2006).

Στα ελληνικά νοσοκομεία τα τελευταία χρόνια 20.000 ελληνόπουλα ηλικίας 1-14 ετών νοσηλεύονται κάθε χρόνο στις παιδιατρικές και χειρουργικές κλινικές. Σύμφωνα με τις ελληνικές στατιστικές οι κακώσεις στα παιδιά οφείλονται, σε αναλογία 89%, σε μηχανικά αίτια, 6% σε θερμικά αίτια και 5% σε χημικά αίτια.(Ανώνυμος 2003, Ντόλατζα 2006).

Καθημερινά στις εφημερίες των Νοσοκομείων Παίδων 100-150 παιδιά προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία με κάποιο ατύχημα ελαφρό ή σοβαρό. Τα τροχαία έχουν τον πρώτο λόγο, όσον αφορά τους θανάτους από μηχανικά αίτια. Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Χωροφυλακής, την περίοδο 1968-1997 (30 χρόνια) 8.000 περίπου παιδιά υπήρξαν θύματα τροχαίου ατυχήματος. Το 9% περίπου των παιδιών επέβαιναν σε

ποδήλατα ή μοτοποδήλατα. Το 30% ήταν παιδιά μεταφερόμενα με οχήματα και το 61% ήταν παιδιά πεζοί. Απ' αυτό το ποσοστό (61%) το 25% αφορούσε παιδιά ηλικίας μέχρι 4 ετών και το 75% παιδιά ηλικίας 5-14 ετών. Τα ατυχήματα από θερμικές κακώσεις (εγκαύματα) ή χημικές κακώσεις (καταπόσεις χημικών ουσιών, εγκαύματα) απασχολούν σε μικρότερο ποσοστό τους γιατρούς. Πάντως πάνω από 1000 παιδιά το χρόνο νοσηλεύονται στα Νοσοκομεία Παίδων με εγκαύματα πάνω από 10% επιφάνειας σώματος. (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας).

Τα παιδιά τραυματίζονται σε διάφορα σημεία του σώματός τους αλλά πιο συχνά στο κεφάλι και στα χέρια. Στην Ελλάδα το αυτοκίνητο ευθύνεται για το 40% περίπου των θανάτων από ατυχήματα το υπόλοιπο 60% οφείλεται σε άλλα αίτια κακώσεων, όπως πτώσεις (από οικοδομές, δένδρα, τοίχους, μπαλκόνια κ.λ.π.), πνιγμοί (θάλασσες, δεξαμενές, πισίνες κ.λ.π) από εγκαύματα (φλόγα, ζεστό νερό κ.λ.π.), από πυροβόλα όπλα (που δεν εφυλάσσοντο ή ανευρέθησαν τυχαία).

Η αυξημένη συχνότητα των παιδικών ατυχημάτων οφείλεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ηλικίας αυτής, όπως είναι η περιέργεια, η άγνοια του κινδύνου, η τάση προς επίδειξη, η επιδοκιμασία και ο θαυμασμός. Ο χαρακτήρας του παιδιού που διαμορφώνεται από το οικογενειακό περιβάλλον με βάση τα κληρονομικά χαρακτηριστικά μπορεί να προσδιορίσει και την πιθανότητα του ατυχήματος. Έτσι παιδιά ζωηρά, απείθαρχα, ορμητικά, επιθετικά είναι περισσότερο επιρρεπή προς τα ατυχήματα.

Η υποχωρητικότητα των γονέων, η ανοχή και η διχογνωμία όπως και η υπερβολική πειθαρχία και υπέρ προστασία δημιουργούν παιδιά επιρρεπή προς τα ατυχήματα. Τα αίτια των παιδικών ατυχημάτων διαμορφώνονται με βάση το εξελικτικό στάδιο ανάπτυξης του παιδιού, το είδος της δραστηριότητάς του και την ηλικία. Τα τροχαία κατέχουν την πρώτη θέση θανατηφόρων ατυχημάτων σε παιδιά ηλικίας 5-15 ετών, ενώ στα βρέφη το πιο συχνό ατύχημα είναι η πνιγμονή συνήθως από εισρόφηση.

Τα εγκαύματα και οι δηλητηριάσεις ακολουθούν σε συχνότητα, μεταξύ των βρεφών 18-30 μηνών. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει και στη χώρα μας το φαινόμενο της κακοποίησης των παιδιών από τους γονείς τους. Πολλά παιδιά έρχονται στα εξωτερικά ιατρεία με κακώσεις (εγκαύματα, κατάγματα, τραύματα) που δημιουργούνται από τους γονείς τους. Τα παιδιά που ζουν με γονείς που έχουν πολλά προβλήματα, όπως οικονομικά, ανεργία, πείνα, συνωστισμός λόγω μικρού χώρου, είναι επιρρεπή για κακομεταχείριση. (Ντόλατζα 2006, Ανώνυμος 2002,)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.1

ΠΤΩΣΕΙΣ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, οι πτώσεις ταξινομήθηκαν ως η πέμπτη αιτία ασθένειας μεταξύ των παιδιών ηλικίας 5 έως 14 έτη το 2000. Στη Βραζιλία, σύμφωνα με τον Datasus (ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ??), 443 παιδιά και ηλικίας 0 έως 15 πέθαναν από τις πτώσεις το 2002. Οι πτώσεις είναι ο συχνότερος τύπος ακούσιου τραυματισμού. Η σοβαρότητά τους τονίζεται στη μελέτη που διεξήχθησε από τον Phelan et al., και έδειξε ότι οι πτώσεις είναι ο κυρίαρχος τύπος οικιακού τραυματισμού μεταξύ των ατόμων ηλικίας 0 έως 15 και αποτελούν το 38% της έκτακτης περίθαλψης στις Η.Π.Α. Επίσης μελέτη από τον Agan το 2003 έδειξε ότι οι πτώσεις ήταν ο σημαντικότερος μηχανισμός τραύματος σε παιδιά ηλικίας 0 και 3 ετών. Ο Sandi και Salas (...) παρατήρησαν επίσης ότι το μεγαλύτερο ποσοστό πτώσεων παρουσιάζεται στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Στο πρώτο έτος ζωής, οι πτώσεις είναι ο συχνότερος τύπος τραυματισμού. Τους 2 πρώτους μήνες ζωής των παιδιών η κυρίαρχη αιτία των πτώσεων είναι η απροσεξία των γονέων ενώ στο διάστημα ηλικίας 3 έως 11 μηνών η κυρίαρχη αιτία των πτώσεων είναι από τα έπιπλα. Όσον αφορά στις πτώσεις ηλικίας κάτω του 1 έτους σε έρευνα των Dedoukou και συνεργατών του (...), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 37,2% των νηπίων έπεσε από κάποιο έπιπλο και ότι το 36,2% έπεσε από τα προϊόντα φροντίδας των παιδιών, ειδικά από στράτα μωρών και από παιδικό καρότσι. Επίσης μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στο τραπεζάκι που μπαينوβγαίνει δεδομένου ότι είναι αρμόδιο για τις πτώσεις που συνδέονται με την υψηλότερη συχνότητα εισαγωγής στο νοσοκομείο. Οι πτώσεις από τα παράθυρα είναι κυρίαρχες σε παιδιά κυρίως αγόρια κάτω των 5 ετών, ενδεχομένως επειδή αυτά τα παιδιά ενεργούν αυθόρμητα και έχουν μειωμένη δυνατότητα να αναγνωρίσουν τον κίνδυνο. Η μελέτη του Gaspar έδειξε ότι το 34,2% των πτώσεων συνέβει εξ ιδίου ύψους, ακολουθούν οι πτώσεις από κτήρια με 13,8%, με 11,7% από σκαλοπάτια στη συνέχεια με 9,1% ακολουθούν οι πτώσεις από το ένα επίπεδο στο άλλο, από το κρεβάτι (8,6%) από τα δέντρα (6,5%) από έπιπλα (5,6%) και από τις καρέκλες (10,5%). Όσον αφορά στις πτώσεις από κρεβάτι οι ηλικίες των ασθενών κυμάνθηκαν από 0 έως 5 έτη και το 65% αυτών ήταν νεώτερα του ενός έτους. Η Macgregor (...) σε μελέτη της σημείωσε ότι οι πτώσεις από το κρεβάτι εμφανίζονται συχνά στα παιδιά που κοιμούνται κυρίως κάτω των 6 ετών. 16% των ασθενών που έπεσαν από το κρεβάτι χρειάστηκε να νοσηλευτεί σε ΜΕΘ.

Συστήνεται ότι τα παιδιά κάτω των 6 ετών δεν πρέπει να τους επιτρέπεται να κοιμούνται σε ψηλό κρεβάτι δεδομένου ότι μια πτώση σε αυτήν την περίπτωση μπορεί να είναι αρκετά σοβαρή. (Jimenez 2000).

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι πιθανές μορφές πτώσεων είναι:

α. από ύψος

β. στο έδαφος

γ. από ποδήλατο ή από κάποιο άλλο έπιπλο.

Οι τραυματισμοί που προκαλούνται κυρίως από τις πτώσεις είναι τα κατάγματα. Λέγοντας κατάγματα εννοούμε τα κατάγματα των άκρων άνω και κάτω και σπανιότερα, κατάγματα της σπονδυλικής στήλης. Τα κατάγματα προκαλούν οδυνηρούς πόνους κι έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού και της οικογένειας.

- ✓ το καθλώνουν στο στρώμα.
- ✓ του στερούν την πιο βασική ανάγκη το παιχνίδι.
- ✓ του στερούν τα σχολικά μαθήματα.
- ✓ προξενούν ταλαιπωρία στους γονείς.

Οι επιπτώσεις αυτές μπορεί να διαρκέσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, αν τα κατάγματα είναι πολλαπλά, ανοικτά ή σύνθετα. Επιπρόσθετα η εγκεφαλική διάσειση είναι συνηθισμένο είδος τραυματισμού λόγω πτώσης από κάποιο ύψος: βεράντα, μπαλκόνι, ταράτσα, σκάλα. Η διάσειση στην απλή της μορφή «ελαφριά» δεν είναι επικίνδυνη, σε περιπτώσεις όμως κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης από πτώση μπορεί να έχουμε σοβαρή εσωτερική (εγκεφαλική) αιμορραγία, αφασία, κώμα και θάνατο. (Paes & Gaspar 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.2

ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Τροχαίο ατύχημα θεωρείται ένα αιφνίδιο και ζημιογόνο γεγονός που προκαλείται από την λειτουργία – κίνηση οχήματος και προξενεί βλάβη σε πρόσωπα και πράγματα. Ο

προσδιορισμός του ατυχήματος ως τροχαίου εξαρτάται από το γεγονός ότι προήλθε από όχημα και συνέβη κατά τη λειτουργία αυτού.

Για να θεωρηθεί ένα ατύχημα ως τροχαίο θα πρέπει να συντρέχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- α) το όχημα να βρίσκεται σε λειτουργία – κίνηση.
- β) να προκληθεί ζημιά – τραυματισμός – θάνατος και
- γ) να μην υπάρχει πρόθεση (δόλος) από τους εμπλεκόμενους στο ατύχημα.

Αν μια από τις παραπάνω συνιστώσες απουσιάζει δεν συντρέχει περίπτωση τροχαίου ατυχήματος. Τα τροχαία ατυχήματα διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με τα αποτελέσματα που επιφέρουν. Αυτές είναι οι παρακάτω:

α) Τροχαία Ατυχήματα Υλικών Ζημιών. Τα ατυχήματα αυτά είναι και τα πλέον ανώδυνα, καθ' ότι δεν διακυβεύεται το αγαθό της ζωής των εμπλεκόμενων. Η αποκατάσταση των ζημιών είναι μια απλή υπόθεση.

β) Τροχαία Ατυχήματα με Τραυματισμό. Όταν προκληθεί ελαφρός ή σοβαρός τραυματισμός ανθρώπων.

γ) Τροχαία Ατυχήματα Θανατηφόρα.

Όταν έχουμε το θάνατο ενός ή περισσότερων εμπλεκόμενων στο ατύχημα ανθρώπων. Οι Υπηρεσίες Τροχαίας της Ελληνικής Αστυνομίας επιλαμβάνονται προανακρίσεως μόνο για ατυχήματα με τραυματισμό. Η σύγκρουση με υλικές μόνο ζημιές από αμέλεια δεν είναι ποινικό αδίκημα και ο ρόλος της Τροχαίας σ' αυτά είναι η αποκατάσταση της κυκλοφορίας και η ανταλλαγή των στοιχείων των οδηγών. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν σε όλο τον κόσμο την πρώτη αιτία θανάτου στην εφηβεία. Στα ατυχήματα αυτά

περιλαμβάνονται και τα σιδηροδρομικά και τα αεροπορικά, τα οποία αν και σπανιότερα, είναι πολύ σοβαρότερα. Από τις Ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα, η Πορτογαλία και η Ισπανία παρουσιάζουν τους μεγαλύτερους δείκτες οδικής θνησιμότητας. Να σημειωθεί ότι η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση στην επί τοις % αναλογία διάθεσης του ΑΕΠ (2,5% περίπου) για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των τροχαίων ατυχημάτων, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στις ΗΠΑ είναι 1,5% και στη Σουηδία 0,85%. Παρ' όλα αυτά σε σχέση με τον πληθυσμό της, οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα είναι σχεδόν διπλάσιοι απ' ό,τι παγκοσμίως.

Στην Ελλάδα έχουμε 2.000 θανάτους, 4.000 βαριά και 30.000 ελαφρά τραυματίες το χρόνο. Από τους νεκρούς και τους τραυματίες, το 1/3 είναι παιδιά. Στην Ευρώπη οι αριθμοί είναι 70.000 θάνατοι και 2.000.000 τραυματίες, ενώ στον κόσμο ολόκληρο 300.000 θάνατοι και 8.000.000 τραυματίες. Με τους ρυθμούς αυτούς φαίνεται ότι 1 στους 3 Ευρωπαίους θα υποστεί τροχαίο ατύχημα και 1 στους 100 θα χάσει τη ζωή του. Το χειρίστο της τραγική αυτής κατάστασης είναι το γεγονός ότι τα ατυχήματα αυτά αφορούν κυρίως σε υγιή και νεανικό πληθυσμό της χώρας και ότι πολλοί από τους τραυματίες μένουν τελικά ανάπηροι. (Παπάνης 2005)

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόκληση των οδικών ατυχημάτων στα παιδιά φαίνεται πως έχουν σχέση:

- α) με το ίδιο το παιδί, την ηλικία του και τις φυσικές αδυναμίες της,
- β) το περιβάλλον του, τους γονείς και τους δασκάλους του, την εκπαίδευση και την ενημέρωση που του παρέχουν,
- γ) την κατάσταση του οδικού δικτύου, και δ) τη συμπεριφορά των οδηγών.

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

επιβάτης ή ως ποδηλάτης ή και ως οδηγός αργότερα σε μεγαλύτερη ηλικία.

Το παιδί πεζός

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

- Παιδιά <5 ετών έχουν ανάγκη από συνεχή και αυστηρή επιτήρηση, όταν είναι στο δρόμο.
- Παιδιά <7 ετών είναι ανώριμα και παρορμητικά και εύκολα ακολουθούν την παρέα.
- Παιδιά >9 ετών μπορούν να διασχίσουν το δρόμο χωρίς μεγάλο κίνδυνο, αφού εκπαιδευτούν.
- Παιδιά >12 χρόνων μπορούν να συμπεριφέρονται σωστά ως πεζοί στους δρόμους. Στην κυκλοφοριακή αγωγή, πέραν των γνωστών βασικών εννοιών (σηματοδότηση), πρέπει να συμπεριλαμβάνεται η κατανόηση των όρων ήχος απόσταση, ταχύτητα. Τσουμάκας και Παπαδόπουλος (n.d.).

Το παιδί επιβάτης

Για την ασφαλή μεταφορά των παιδιών υπάρχουν ορισμένοι βασικοί κανόνες που ποικίλουν από χώρα σε χώρα. Τα παιδιά πάντοτε κάθονται στο πίσω κάθισμα, ποτέ στο μπροστινό ή στο πορτ-μπεμπέ, στα γόνατα ή στην αγκαλιά κάποιου, γιατί ακόμα και σε ελαφριά σύγκρουση ή σε απότομο φρενάρισμα το παιδί κινδυνεύει να κτυπήσει στο ταμπλό του αυτοκινήτου.

Έχει βρεθεί πως το 90% των ατόμων που ενεπλάκησαν σε τροχαίο ατύχημα και κρατούσαν παιδιά στην αγκαλιά τους και σώθηκαν, σώθηκαν διότι το παιδί τους χρησιμοποιήθηκε σαν ασπίδα. Το παιδί πρέπει πάντοτε να κάθεται στο ειδικό κάθισμα ασφαλείας, με την ειδική ζώνη ασφαλείας και ποτέ 2 παιδιά μαζί σε μία ζώνη ασφαλείας. Με τη χρησιμοποίηση των παιδικών καθισμάτων, οι θάνατοι από τροχαία θα μπορούσαν να μειωθούν κατά 70% και οι τραυματισμοί κατά 67%.

Από τους γονείς που μένουν στην Αθήνα και έχουν αυτοκίνητο, μόνο το 58% αγοράζουν παιδικά καθίσματα αυτοκινήτου, ενώ στην επαρχία το 32%. Η ηλικία της μητέρας, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και ο αριθμός των παιδιών είναι παράγοντες που σχετίζονται με την αγορά. Πάντως, μόνο το 0,5-1% αγοράζουν το τελευταίων προδιαγραφών κάθισμα ασφαλείας, που είναι ειδικό για το βάρος, την ηλικία, το μήκος του παιδιού και παρέχει ικανοποιητική προστασία. Η ζώνη ασφαλείας και στα πίσω καθίσματα έχει βρεθεί ότι μειώνει τους θανάτους κατά 22% και τους τραυματισμούς κατά 50%. Και βέβαια τονίζεται πως η ζώνη ασφαλείας θεωρείται κατάλληλη, όταν το διαγώνιο τμήμα της περνά από το μέσο περίπου της απόστασης μεταξύ του άκρου του ώμου και του λαιμού. Επιπλέον, τα παιδιά στο αυτοκίνητο δεν πρέπει να παίζουν με επικίνδυνα παιχνίδια. Οι πόρτες του αυτοκινήτου πρέπει να ασφαλιζονται απέξω. Πολλά παιδιά χωρίς ζώνη τραυματίζονται ή και σκοτώνονται πέφτοντας έξω από την πόρτα του αυτοκινήτου, όταν αυτή ανοίγει από τα ίδια τα παιδιά που παίζουν μαζί της ή απότομα σε στροφή του αυτοκινήτου. (Πετρή 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.3

ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ

Δηλητήριο ονομάζουμε οποιαδήποτε ουσία η εισερχόμενη στο σώμα μας μπορεί να προκαλέσει μόνιμη ή παροδική βλάβη. Τα δηλητήρια μπορεί να εισχωρήσουν στο ανθρώπινο σώμα με την κατάποση, την αναπνοή, με απορρόφηση από το δέρμα ή από τους βλεννογόνους ή να μπουν στο σώμα με έγχυση (με ένεση).

Πολλές φορές η δηλητηρίαση είναι τυχαία και προκαλείται από ουσίες καθημερινής χρήσης π.χ απορρυπαντικά καθαριστικά, άλλες πάλι μπορεί να οφείλεται σε ηθελημένη ενέργεια του θύματος (απόπειρα αυτοκτονίας). (Ροβίθης 2008).

Οι δηλητηριάσεις που αφορούν τα παιδιά καταλαμβάνουν το 46% του συνόλου των δηλητηριάσεων. Οι κυριότερες ουσίες στις οποίες εκτίθεται ο παιδικός πληθυσμός είναι φάρμακα που αφορά το 41,40% του συνόλου των δηλητηριάσεων στα παιδιά, φυτοφάρμακα που καταλαμβάνουν ένα μικρό ποσοστό στις παιδικές δηλητηριάσεις 0,97%, είδη οικιακής χρήσεως που αφορούν το 32,27%, καλλυντικά που καταλαμβάνουν το 8,79% και διάφορες χημικές ουσίες με ποσοστό έκθεσης 16,54% στο σύνολο των δηλητηριάσεων στα παιδιά, όπως φαίνεται στον επόμενο πίνακα.

Ηλικία	0-1 ετών	%	2-4 ετών	%	5-9 ετών	%	10- 14 ετών	%	Γενικό σύνολο	Γενικό ποσοστό
Φάρμακα	559	30,18	4.644	37,72	1.288	60,75	680	65,44	7.171	41,40
Φυτοφάρμακα	16	0,86	95	0,77	34	1,60	24	2,30	169	0,97
Είδη οικιακής χρήσεως	834	45,03	4.074	33,09	483	22,78	200	19,24	5.591	32,27
Καλλυντικά	260	14,0	1.156	9,39	83	3,91	25	2,40	1.524	8,79
Διάφορες χημικές ουσίες	183	9,88	2.341	19,01	232	10,24	110	10,58	2.866	16,54
Σύνολο	1.852	10,69	12.310	71,06	2.120	12,23	1.039	5,99	17.321	

(Κυριακού 2009).

Όπως φαίνεται στον πίνακα πιο επικίνδυνη ηλικία είναι αυτή μεταξύ 2-4 ετών όπου συμβαίνει το 71,06% των δηλητηριάσεων της παιδικής ηλικίας. Περίπου ισότιμη επίπτωση υπάρχει στις ηλικίες 0-1 (10,69%) και 5-9 ετών (12,23%), ενώ στην ηλικία 10-14 υπάρχει σαφής μείωση (5,99%).

Στις μικρές ηλικίες 0-1 και 2-4 υπερτερούν οι δηλητηριάσεις με είδη οικιακής χρήσης στις οποίες, αν προστεθούν και εκείνες με τα καλλυντικά και τις χημικές ουσίες (45,03 + 14,03 + 9,88 = 68,94) και (33,09 + 9,39 + 19,01 = 61,49), δείχνουν ότι χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη φύλαξη αυτών των προϊόντων μέσα στο σπίτι και ειδική εκπαίδευση των μικρών παιδιών.

Στην προσχολική ηλικία και πρώτη σχολική ηλικία (5-9 ετών) τα φάρμακα κατέχουν το 60,75% των δηλητηριάσεων. Τα παιδιά στην ηλικία αυτή είναι εκπαιδεύσιμα και ως εκ τούτου σκόπιμο είναι να σχεδιασθούν ειδικά μαθήματα αγωγής υγείας απευθυνόμενα στα ίδια τα παιδιά και όχι μόνο στους γονείς τους.

Στην ηλικία 10-14 ετών (έναρξη εφηβείας) υπερτερούν οι δηλητηριάσεις με φάρμακα εμφανίζονται όμως και οι απόπειρες αυτοκτονίας με φάρμακα σε ποσοστό (33,5% των δηλητηριάσεων με φάρμακα αυτής της ηλικίας). Εδώ σ' αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται συνεργασία ομάδας επιστημόνων υγείας μέσα στις δραστηριότητες του σχολείου, αλλά και ανίχνευση προβλημάτων αλλά και "συνηθειών" των παιδιών που θα οδηγούσαν σε μια απόπειρα αυτοκτονίας. Μέσα σ' αυτά τα μαθήματα αγωγής υγείας θα πρέπει να τονίζεται η σημασία των φαρμακευτικών ουσιών και ο ρόλος τους και να δίνονται ουσιαστικές κατευθύνσεις αποφυγής πολυφαρμακίας (εύκολη λήψη αναλγητικών - αγχολυτικών) πράγμα που γίνεται σιγά-σιγά μόδα στους εφήβους.

Η μάσηση τσιγάρου κυρίως από βρέφη, συχνά κάτω του έτους, είναι συχνή και επικίνδυνη δηλητηρίαση με μεγάλη αύξηση τα τελευταία χρόνια (10%). Η αύξηση αυτή οφείλεται στο μεγάλο ποσοστό γονέων καπνιστών καθώς και στην αμέλεια των ενηλίκων να απομακρύνουν τα τσιγάρα ή και τις «γόπες» από το "πεδίο δράσης" των παιδιών.

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται αυξημένος αριθμός κατάποσης ηλεκτρονικών μπαταριών από βρέφη και μικρά παιδιά, που εκτός από την δράση τους σαν ξένο σώμα, μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στο γαστρεντερικό, αλλά και σε όλο τον οργανισμό από την απορρόφηση των τοξικών ουσιών που περιέχουν. Από τις χημικές ουσίες συχνή και σοβαρή είναι η δηλητηρίαση με νέφτι αλλά και άλλων διαλυτών, με συμπτώματα από το αναπνευστικό αλλά και από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Άλλες χημικές ουσίες που προκαλούν αρκετές δηλητηριάσεις στα παιδιά είναι τα χρώματα, τα διαλυτικά, τα οξέα, τα αλκάλια. Οι χλωριωμένοι υδρογονάνθρακες που περιέχονται στα διορθωτικά υγρά που χρησιμοποιούν τα παιδιά, είναι υπεύθυνοι για αρκετές και σοβαρές δηλητηριάσεις, ιδιαίτερα κατά την προσχολική και σχολική ηλικία. Τα οιοπνευματώδη ποτά και γενικότερα το αλκοόλ καλύπτουν μεγάλο αριθμό περιπτώσεων και κάθε χρόνο αρκετά παιδιά νοσηλεύονται στα παιδιατρικά νοσοκομεία με οξεία μέθη.

Και από τα λοιπά αίτια δηλητηριάσεων ενηλίκων (γεωργικών φαρμάκων, φυτών, νυγμών εντόμων, δηγμάτων κλπ.) τα παιδιά έχουν το μερίδιό τους σε αυτά.

Συμπτώματα και σημεία :

- από κατάποση δηλητηρίου ο πάσχοντας μπορεί να εκδηλώσει ναυτία να αρχίσει εμετό και διάρροια.
- εγκαύματα γύρω από το στόμα σε περίπτωση κατάποσης καυστικών δηλητηρίων
- πληροφορίες από τον ίδιο τον πάσχοντα (εάν είναι σε θέση ή σε κατάλληλη ηλικία ώστε να μπορεί να δώσει) ή από παρευρισκόμενους. (προσπαθούμε να μάθουμε το είδος του δηλητηρίου, τον τρόπο εισόδου στον οργανισμό, πότε το πήρε ή ήλθε σε επαφή με αυτό και την ποσότητα)
- ένδειξη συσκευασίας κοντά στον πάσχοντα που περιείχε δηλητήριο
- εμφάνιση παραληρήματος και σπασμών ,συμπτώματα ασφυξίας (δυσκολία αναπνοή, αύξηση ρυθμού και βάθους αναπνοής, ρόγχος, σχηματισμός αφρού στο στόμα, κυάνωση, σύγχυση, πιθανή απώλεια αισθήσεων, σταμάτημα αναπνοής) (Ανώνυμος 2008)

Μερικές ειδικές περιπτώσεις δηλητηριάσεων

1.Γεωργικά φάρμακα

Αυτά απορροφούνται αν έρθουν σε επαφή με το ανθρώπινο σώμα.Τα συμπτώματα είναι εμετός,βήχας,πονοκέφαλος και ιδρώτες.Οι κόρες των ματιών μικραίνουν και η καρδιά χτυπά αραιά.

2.Δηλητηρίαση με μονοξειδίο του άνθρακα

Μονοξειδίο του άνθρακα παράγεται εκεί που γίνεται ατελής καύση, όπως μαγκάλι, σόμπα πετρελαίου, σόμπα υγραερίου. Πολύ μονοξειδίο του άνθρακα περιέχει φωταερίου. Το μονοξειδίο είναι ισχυρό δηλητήριο και ύπουλο γιατί δεν προδίνει την παρουσία του. Στην

αρχή προκαλεί ελαφριά ζάλη , πονοκέφαλο, αδυναμία και τέλος ο δηλητηριασμένος χάνει τις αισθήσεις του και πέφτει σε κώμα.

3.Δηλητηρίαση απόμανιτάρια

πολλά από τα μανιτάρια που φυτρώνουν μόνα τους στα χωράφια και τα βουνά είναι δηλητηριώδη και πολύ επικίνδυνα για τον άνθρωπο. Κάθε χρόνο, πολλά άτομα παθαίνουν δηλητηρίαση από μανιτάρια και μερικά πεθαίνουν. Πολλές φορές είναι πολύ δύσκολο να ξεχωρίζουν τα επικίνδυνα από τα αθώα μανιτάρια. Γι αυτό είναι φρόνιμο να μη τρώμε τα μανιτάρια αυτά και κυρίως να μην τα δίνουμε ποτέ στα παιδιά, που είναι περισσότερο ευαίσθητα. Τα καλλιεργημένα μανιτάρια είναι ακίνδυνα και μπορούν να φαγωθούν χωρίς κανένα φόβο. Τα συμπτώματα απ' τη δηλητηρίαση αργούν να φανούν. Συνήθως αρχίζουν 12-18 ώρες μετά, σαν εμετός και διάρροιες. (Ανώνυμος 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.4

ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Η μεγάλη συχνότητα των εγκαυματικών βλαβών (70%) σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών συχνά συνδέεται με την ποιοτική και ποσοτική επίβλεψη των παιδιών από τους ενηλίκους. Τα πολύ μικρά παιδιά έχουν μειωμένη την αντίληψη του κινδύνου, λιγότερο έλεγχο των στοιχείων του περιβάλλοντός τους και περιορισμένη ικανότητα να αντιδράσουν έγκαιρα σε φωτιά ή ανάλογη κατάσταση. Τα εγκαύματα στα παιδιά αυτής της ηλικίας συμβαίνουν συχνά σε μεγάλες οικογένειες. Ψυχολογικοί, επίσης, παράγοντες συχνά σχετίζονται με τις εγκαυματικές βλάβες στα παιδιά. Το 30% περίπου των παιδικών εγκαυμάτων είναι αποτέλεσμα κακοποίησης του παιδιού. Γι' αυτό, όταν υπάρχει υποψία κακοποίησης του παιδιού, πρέπει να γίνεται και έλεγχος για τέτοιου είδους βλάβες. Η συχνότητα των εγκαυματικών βλαβών, καθώς και άλλων τυχαίων βλαβών, αυξάνεται σε οικογένειες με συγκινησιακές διαταραχές όπως συζυγική διαφωνία, ψυχικά διαταραγμένος γονέας ή καθυστερημένο νοητικά παιδί. Το άναμμα της φωτιάς από μικρά παιδιά και τα εγκαύματα είτε στα αγόρια είτε στα κορίτσια μπορούν να ερμηνευθούν ως σημείο κατάθλιψης που συνδέεται με την απώλεια του γονέα, με τον οποίο το παιδί ήταν πολύ συνδεδεμένο. Πολλά παιδιά παρουσιάζουν δύσκολη συμπεριφορά για διάφορο χρόνο πριν από την εγκαυματική βλάβη. Τα ψυχολογικά αυτά προβλήματα, καθώς και τα προβλήματα συμπεριφοράς, δεν συμβάλλουν μόνο στην πρόκληση βλάβης, αλλά επηρεάζουν και την παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο και την ανάρρωσή του.

Αιτιολογία

Το έγκαυμα είναι τοπική βλάβη των ιστών που προκαλείται από την επίδραση σε αυτούς διαφόρων μορφών ενέργειας, όπως: θερμική, ηλεκτρική, χημική, ακτινοβόλος και μηχανική.

Οι περισσότερες εγκαυματικές βλάβες προκαλούνται από θερμικούς παράγοντες, κυρίως από φλόγα, από άμεση επαφή με τη θερμική πηγή (θερμάστρα) και από ζεστό νερό και σε μικρότερη έκταση, από τριβή και ψύξη. Τα χημικά εγκαύματα προκαλούνται από οξέα ή αλκάλια και τα ακτινικά από ακτίνες X ή υπεριώδη ακτινοβολία.

Η έκταση του κατεστραμμένου ιστού καθορίζεται από την ένταση της θερμικής πηγής, τη διάρκεια επαφής ή έκθεσης και την ταχύτητα, με την οποία η θερμική ενέργεια διεισδύει

στους ιστούς από την εγκαυματική επιφάνεια. Π.χ. σύντομη έκθεση σε μεγάλης έντασης θερμότητα, όπως σε ζεστό νερό, μπορεί να προκαλέσει όμοια εγκαύματα.

Εγκαύματα προκαλούμενα από καυτό λάδι ή ρευστό λίπος τείνουν να προκαλούν βαθιά μερικού πάχους εγκαύματα. Μακρά έκθεση στον ήλιο ή σε θερμό αντικείμενο είναι επίσης ικανή να προκαλέσει αξιόλογα εγκαύματα . ολικού πάχους καταστροφή συχνά προκαλείται από καιγόμενα ενδύματα. Τα βαμβακερά ή ναύλο ενδύματα καίγονται πιο εύκολα. Οι συνθετικές ίνες λιώνουν και κολλούν επάνω στο δέρμα. Η επαφή με καυτό μέταλλο ή ρευστές ουσίες (π.χ. πίσσα) σε υπερβολικές θερμοκρασίες, με το ηλεκτρικό ρεύμα και παρατεταμένη εμβάπτιση σε ζεστό νερό προκαλούν βαριά εγκαυματικά τραύματα. Οι χημικοί παράγοντες εξακολουθούν να καυτηριάζουν τους ιστούς, μέχρις ότου ο βλαπτικός παράγοντας ενωθεί χημικώς με τα ιστικά στοιχεία, εξουδετερωθεί ή απομακρυνθεί με τρεχούμενο νερό.

Τα ηλεκτρικά εγκαύματα είναι ιδιαίτερος απατηλά, διότι χαρακτηρίζονται από πιο εκτεταμένες θρομβώσεις , που δεν είναι εμφανείς παρά μόνο 24-36 ώρες μετά τη βλάβη. Ο ηλεκτρισμός μετατρέπεται σε θερμική ενέργεια, καθώς συναντά αντίσταση. Εφόσον οι διάφοροι ιστοί του σώματος προβάλλουν διαφορετική αντίσταση, ο τύπος του ιστού, διαμέσου του οποίου διέρχεται το ηλεκτρικό ρεύμα, παίζει ρόλο στην έκταση της εγκαυματικής βλάβης. Τα οστά προβάλλουν μεγαλύτερη αντίσταση, ακολουθούν το λίπος, οι τένοντες, το δέρμα, οι μύες, το αίμα και τα νεύρα. Αν και το αίμα προβάλλει μικρότερη αντίσταση από τους περισσότερους ιστούς, είναι υπερβολικά καλός αγωγός του ηλεκτρισμού.

Βαρύτητα εγκαύματος

Η βαρύτητα ενός εγκαύματος εκτιμάται με βάση την έκταση, το βάθος και την εντόπισή του. Σημαντικό επίσης ρόλο στον καθορισμό της βαρύτητας της βλάβης παίζουν η ηλικία, ο αιτιολογικός παράγοντας, η έκταση της συμμετοχής της αναπνευστικής οδού, η γενική κατάσταση του παιδιού και η παρουσία άλλης βλάβης ή κατάστασης.

Η έκταση του εγκαύματος συνήθως εκφράζεται ως εκατοστιαία αναλογία της ολικής επιφάνειας του σώματος, ο υπολογισμός της οποίας επιτυγχάνεται ακριβέστερα με τη χρήση ειδικά σχεδιασμένων πινάκων ανάλογα με την ηλικία. Λόγω διαφοράς των σωματικών αναλογιών, ειδικά της κεφαλής και των κάτω άκρων (όσο μικρότερο το παιδί

τόσο μεγαλύτερη είναι η εκατοστιαία αναλογία της επιφάνειας της κεφαλής και μικρότερη των κάτω άκρων), ο «κανόνας των εννέα» που χρησιμοποιείται για τους ενήλικους δεν είναι εφαρμοσμένος στα μικρά παιδιά. Από άποψη βάθους ιστικής καταστροφής, τα εγκαύματα διακρίνονται σε: 1^{ου} βαθμού ή επιδερμικά, 2 ου βαθμού ή δερματικά ή μερικού πάχους και 3 ου βαθμού ή ολικού πάχους.

Για θεραπευτικούς λόγους, τα εγκαύματα περαιτέρω ταξινομούνται ως ελαφρά, μέσης βαρύτητας και βαριά. Οι άρρωστοι με βαρύ έγκαυμα πρέπει να νοσηλευθούν σε ειδικές εγκαυματικές, εκείνοι με μέσης βαρύτητας σε οποιοδήποτε νοσηλευτικό τμήμα και εκείνοι με ελαφρά εγκαύματα ως εξωτερικοί άρρωστοι. Αν και κάθε εγκαυματική μονάδα και οι ειδικοί στον τομέα αντιμετώπισης του εγκαύματος έχουν κριτήρια για την εισαγωγή στις ειδικές μονάδες, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τις συνέπειες της βλάβης, την πιθανότητα ανάρρωσης και την απόκριση στη θεραπεία.

Τα κύρια χαρακτηριστικά κάθε βαθμού είναι:

Βαθμός	Ιστική καταστροφή	Εμφάνιση εγκαύματος	Ευαισθησία στον πόνο	Χρόνος επούλωσης & πρόγνωση
1ου βαθμού	Επιδερμικά, συνήθως εξωτερική στιβάδα	Ερυθρότητα, ελαφρό οίδημα, χωρίς σχηματισμό φυσαλίδων	Ήπιος πόνος, υπεραισθησία	7-10 μέρες, χωρίς σχηματισμού ουλώδους ιστού
2 ου βαθμού (μερικού πάχους, αλλά επιφανειακά δερματικά)	Επιδερμικά, δέρμα εκτός βλαστικής στιβάδας	Σχηματισμός φυσαλίδων, υποδόριο οίδημα, ερυθρότητα	Έντονος πόνος, υπεραισθησία	5-21 μέρες. Μετά την απόπτωση της εσχάρας το δέρμα παραμένει ερυθρό για αρκετές

				βδομάδες
2 ου βαθμού (μερικού πάχους αλλά βαθιά δερματικά)	Καταστρέφεται και το μεγαλύτερο μέρος της βλαστικής στιβάδας. Οι αισθητικές νευρικές απολήξεις μπορεί να καταστραφούν	Σχηματισμός φυσαλίδων, υποδόριο οίδημα και ερυθρότητα. Ρήξη δέρματος με έξοδο διαυγούς υγρού	Πόνος ευμετάβλητος	21-35 μέρες, μπορεί να σχηματιστεί ουλώδης ιστός. Ο χρωματισμός του δέρματος σπάνια επιστρέφει στο φυσιολογικό
3 ου βαθμού	Θερμική πήξη όλου του πάχους του δέρματος. Τα βαθιά 3 ου βαθμού επεκτείνονται και στους κάτω από το δέρμα ιστούς	Επιφάνεια ξηρή, λευκωπή ή καφέ, σαν δέρμα στην αφή. Οίδημα με ρήξη δέρματος	Ελάχιστος πόνος ή έλλειψη πόνου λόγω καταστροφής των νευρικών απολήξεων και αναισθησία	Μεγάλη φάση επούλωσης, σχηματισμός ουλώδους ιστού, απαραίτητη η επιθυλιακή κάλυψη, δύσκολη προστασία από μολύνσεις. Γενικές απορυθμίσεις

Ταξινόμηση βαρύτητας εγκαύματος:

Βαριά	Μέσης βαρύτητας	Ελαφρά
2 ου βαθμού (μερικού πάχους), πάνω από 30% της επιφάνειας του σώματος	2 ου βαθμού (μερικού πάχους), 15-30% της επιφάνειας του σώματος	2 ου βαθμού (μερικού πάχους) κάτω από 15 % της επιφάνειας του σώματος
3 ου βαθμού, προσώπου, χεριών, ποδιών ή γεννητικών οργάνων, ή πάνω από 10% της επιφάνειας του σώματος	3 ου βαθμού (ολικού πάχους) μικρότερο από 10% της επιφάνειας του σώματος, εκτός χεριών, προσώπου, ποδιών, γεννητικών οργάνων ή μικρών παιδιών	3 ου βαθμού (ολικού πάχους) κάτω από 2% της επιφάνειας του σώματος
Εγκαύματα επιπλεκόμενα με βλάβη της αναπνευστικής οδού		
Εγκαύματα επιπλεκόμενα με κατάγματα ή με μεγάλη καταστροφή μαλακών ιστών		
Ηλεκτρικά εγκαύματα		
Βαθιά χημικά εγκαύματα		
Κάθε παιδί κάτω των 2 ετών, εκτός αν το έγκαυμα είναι πολύ μικρό και πολύ επιφανειακό		

(Πάνου 1992)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.5

ΠΝΙΓΜΟΙ ΚΑΙ ΠΝΙΓΜΟΝΗ

Τι είναι πνιγμός και τι παρ' ολίγον πνιγμός;

Ως πνιγμός (*drowning*) ορίζεται η κατάσταση εκείνη η οποία οδηγεί στο θάνατο του ατόμου και που οφείλεται σε ασφυξία που επέρχεται μετά από βύθιση για ικανό χρονικό διάστημα των εξωτερικών στομιών της ρινικής και στοματικής κοιλότητας μέσα σε οποιοδήποτε υγρό μέσο. Αναγκαία συνθήκη για να θεωρηθεί ένα ατύχημα «πνιγμός» είναι να επέλθει ο θάνατος είτε άμεσα μετά το συμβάν, είτε απαραιτήτως εντός των πρώτων 24 ωρών.

Παρ' ολίγον πνιγμός (near drowning) είναι η επιβίωση του θύματος για τουλάχιστον 24 ώρες από ένα τέτοιο επεισόδιο. Ο "παρ' ολίγον πνιγμός", σύμφωνα με τον ορισμό, είναι ένα γεγονός ικανής σοβαρότητας, ώστε να απαιτήσει ιατρική φροντίδα και να συνεπάγεται ουσιώδη νοσηρότητα ή ακόμα και θάνατο, απαραιτήτως μετά το πρώτο 24ωρο . Η συμφωνία για την καθολική αποδοχή ενός κοινού ορισμού για τον πνιγμό αποτελεί αντικείμενο εντατικής μελέτης παγκοσμίως, είναι δε ενδεικτικό ότι μελέτες αναφέρουν ότι έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί πάνω από 30 διαφορετικοί ορισμοί στη βιβλιογραφία για την περιγραφή του. (Ολύμπου 2003)

Ποια είναι τα κύρια αίτια πνιγμού σήμερα;

Ο πνιγμός οφείλεται κατά κύριο λόγο σε ατύχημα (πνιγμός από τυχαίο γεγονός - *unintentional drowning*), δεν σπανίζουν όμως και οι περιπτώσεις όπου ο πνιγμός αποτελεί αποτέλεσμα απόπειρας αυτοκτονίας ή πολύ σπάνια ανθρωποκτονίας (πνιγμός από πρόθεση - *intentional drowning*). Πνιγμός επίσης μπορεί να συμβεί στα πλαίσια μεγάλων φυσικών καταστροφών, αλλά και ατυχημάτων με μέσα μαζικής μεταφοράς ανθρώπων (πλοία, αεροπλάνα, υδροπλάνα κλπ.).

Έχει σημασία αν ο πνιγμός συμβεί σε γλυκό ή θαλασσινό νερό;

Στις περισσότερες περιπτώσεις το υγρό μέσο στο οποίο επέρχεται ο πνιγμός είναι το νερό, μπορεί όμως να είναι οποιοδήποτε άλλο υγρό. Το νερό μπορεί να είναι είτε α) γλυκό είτε β) θαλασσινό και παρατηρούνται σημαντικές διαφορές σε παθοφυσιολογικό επίπεδο μεταξύ των δύο. Σε κάθε περίπτωση, η πλήρωση των κυψελίδων με νερό κατά τον πνιγμό οδηγεί σε έκπτωση των κυψελίδων και απομάκρυνση του επιφανειοδραστικού παράγοντα, με σοβαρές επιπτώσεις, όπως η αστάθεια των κυψελίδων, ατελεκτασία, μειωμένη ενδοτικότητα, σοβαρή διαταραχή της σχέσης αερισμού / αιμάτωσης (V/Q) και υποξυγοναιμία. Το ίδιο το υγρό μπορεί επίσης να προκαλέσει βρογχόσπασμο, επιτείνοντας έτσι την υποξία. Μέχρι και το 75% της ροής του αίματος είναι δυνατόν να κυκλοφορεί μέσω shunt. Παράλληλα, η ύπαρξη διαφοράς στην ωσμωτική πίεση μεταξύ του υγρού των κυψελίδων και των πνευμονικών τριχοειδών οδηγεί σε φαινόμενα μετακίνησης όγκου νερού με σκοπό την αποκατάσταση της ωσμωτικής ισορροπίας.

Στην περίπτωση του πνιγμού σε γλυκό νερό (το οποίο είναι πιο υπότονο σε σχέση με το πλάσμα) το νερό μετακινείται από τις κυψελίδες προς τα πνευμονικά τριχοειδή και ακολούθως στην κυκλοφορία του αίματος. Η υπερφόρτωση της συστηματικής κυκλοφορίας με την περίσσεια αυτού του όγκου νερού οδηγεί σε: α) ηλεκτρολυτικές διαταραχές (από αραίωση), β) καταστροφή ερυθρών αιμοσφαιρίων, γ) καρδιακή ανεπάρκεια δ) κοιλιακή μαρμαρυγή και τελικά ε) θάνατο.

Αντίθετα, στις περιπτώσεις πνιγμού σε θαλασσινό νερό (το οποίο είναι πιο υπέρτονο σε σχέση με το πλάσμα) το νερό μετακινείται στην αντίθετη κατεύθυνση, δηλαδή από την κυκλοφορία προς τις κυψελίδες, και προκύπτουν διαφορετικά επακόλουθα: α) μεγάλη αιμοσυμπύκνωση (λόγω απώλειας νερού από την κυκλοφορία), β) ελάττωση του όγκου του αίματος, γ) οξύ πνευμονικό οίδημα, δ) υποξία και τελικά ε) θάνατο.

Από τι καταλήγει το θύμα πνιγμού;

Ο μηχανισμός επέλευσης του θανάτου σε όλες τις περιπτώσεις πνιγμού είναι η ασφυξία. Εναλλακτικά, η καταβύθιση σε πολύ ψυχρό νερό μπορεί να προκαλέσει επίσης τον θάνατο μέσω ενός άλλου μηχανισμού: της υποθερμίας. Η ασφυξία με τη σειρά της έχει διπλή αιτιολογική βάση: α) την εισρόφηση του νερού διαμέσου της αναπνευστικής οδού και β) τον σπασμό του λάρυγγα κατά την επαφή της επιγλωττίδας με το νερό. Τα δύο φαινόμενα συνυπάρχουν και δεν αποκλείει το ένα το άλλο.

Τι εννοούμε με τους όρους «ξηρός» και «υγρός» πνιγμός;

Ο λαρυγγόσπασμος είναι ένα αντανακλαστικό συμβάν, διάρκειας περίπου 2 λεπτών, και αναλόγως των γεγονότων που τον ακολουθούν οδηγεί σε α) ξηρό ή β) υγρό πνιγμό. Η ταξινόμηση του πνιγμού σε ξηρό και υγρό αυτή τείνει να εγκαταλειφθεί από τον ΠΟΥ². Εάν τον λαρυγγόσπασμο ακολουθεί νέα εισρόφηση μικρής όμως ποσότητας νερού και νέος λαρυγγόσπασμος με θάνατο του θύματος από ασφυξία, τότε πρόκειται για «ξηρό» πνιγμό. Εάν όμως μετά τον πρώτο λαρυγγόσπασμο το θύμα χάσει τις αισθήσεις του και αρχίσει να εισροφά μεγάλη ποσότητα νερού τότε αναφερόμαστε σε «υγρό» πνιγμό⁵. Το 10-20% των θυμάτων διατηρούν τον λαρυγγόσπασμο έως ότου επισυμβεί καρδιακή ανακοπή και σταματήσουν οι εισπνευστικές προσπάθειες.

Πόσο γρήγορα καταλήγει το θύμα πνιγμού;

Η όλη διαδικασία του πνιγμού, μέχρι την επέλευση του θανάτου, διαρκεί γενικά περίπου 3 με 10 λεπτά. Ο θάνατος επέρχεται μέσα σε 3-4 λεπτά σε περίπτωση πνιγμού σε γλυκό νερό και 7-8 λεπτά σε θαλασσινό νερό. Η θερμοκρασία του νερού όμως μέσα στο οποίο συμβαίνει ο πνιγμός έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει αυτό το χρονικό διάστημα. Συγκεκριμένα, οι χαμηλές θερμοκρασίες είναι πιο ευνοϊκές για την επιβίωση του ατόμου. Αυτό συμβαίνει επειδή η υποθερμία αυξάνει γενικά την «ανοχή» του οργανισμού του θύματος στην υποξυγοναιμία. Η βύθιση σε νερό που έχει θερμοκρασία μικρότερη των 21°C φαίνεται ότι ασκεί προστατευτική δράση στα ζωτικά όργανα από την έλλειψη οξυγόνου ενώ ταυτόχρονα οδηγεί στην ενεργοποίηση συγκεκριμένων αντανεκλαστικών καίριας σημασίας για τη διατήρηση ζωτικών λειτουργιών.

Ποια είναι η κλινική εικόνα του πνιγμού καθώς αυτός εξελίσσεται;

Η σειρά των γεγονότων σε έναν πνιγμό είναι η εξής: Εμβύθιση του σώματος εντός του υγρού → Ερεθισμός του λάρυγγα από την παρουσία του υγρού → Λαρυγγόσπασμος → Εισρόφηση υγρού → Διακοπή πνευμονικού αερισμού / υποξυγοναιμία → Αναπνευστική και κυκλοφορική ανεπάρκεια → Απώλεια συνείδησης → Εγκεφαλικός θάνατος

Ένα θύμα ατυχήματος εμβύθισης μπορεί να ταξινομηθεί σε μία από τους ακόλουθες 4 ομάδες:

1. Ασυμπτωματικός

2. Συμπτωματικός

- Μεταβολές ζωτικών σημείων (π.χ. υποθερμία, ταχυκαρδία, βραδυκαρδία)
- Αγχώδης εμφάνιση

- Ταχύπνοια, δύσπνοια ή υποξία. Εάν υπάρχει δύσπνοια, ανεξάρτητα πόσο ελαφρά είναι, ο ασθενής θεωρείται συμπτωματικός.
- Μεταβολική οξέωση (μπορεί να υπάρχει ακόμη και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς)
- Μεταβολή επιπέδου συνείδησης, νευρολογική έκπτωση
- Καρδιοπνευμονική ανακοπή - Cardiopulmonary arrest
- Άπνοια
- Ασυστολία (55%), κοιλιακή ταχυκαρδία/μαρμαρυγή (29%), βραδυκαρδία (16%)

3. Προδήλωσ νεκρός

- Νορμοθερμικός με ασυστολία
- Άπνοια
- Μη εμφανής λειτουργία ΚΝΣ

Τα κλινικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου που έχει υποστεί πνιγμό εξαρτώνται από το ίδιο το άτομο, από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες επήλθε ο πνιγμός καθώς και από την ύπαρξη συνοδών τραυματισμών (κεφαλής, αυχενικής μοίρας κλπ.)^{5,7}. Το θύμα συνήθως είναι υποθερμικό, ωχρο ή κυανό και μπορεί να παρατηρείται απουσία αναπνοής ή / και σφυγμού. Το επίπεδο συνείδησης σε κάποιες περιπτώσεις είναι επηρεασμένο. Μπορεί να συνυπάρχουν εμετός, συριγμός κατά την αναπνοή και αφρώδεις εκκρίσεις από το στόμα. Θύματα που εμφανίζουν έντονη υποθερμία μπορεί να φαίνονται νεκρά (και μάλιστα χωρίς εμφανή καρδιακό παλμό ή εγκεφαλική λειτουργία). Οι προσπάθειες ανάνηψης μπορούν και πρέπει να συνεχίζονται μέχρις ότου η θερμοκρασία του σώματος γίνει σχεδόν φυσιολογική.

Ποια η διαφορά πνιγμού και πνιγμονής;

Ο πνιγμός ανήκει στους βίαιους στερητικούς θανάτους και χαρακτηρίζεται υποχρεωτικά από τη συμμετοχή υγρού μέσου, κατά κανόνα νερού. Αντίθετα, η πνιγμονή αφορά σε μηχανισμό απόφραξης των ανώτερων αεραγωγών, ανεξάρτητα από το μέσο που την

προκαλεί και από την έκβαση, εάν δηλαδή εξελιχθεί σε πλήρη απόφραξη και ασφυξία ή αντίθετα το εμπόδιο ξεπεραστεί, είτε αυτόματα είτε με προσπάθεια του ατόμου είτε, τέλος, με βοήθεια τρίτου προσώπου (π.χ. χειρισμός «Heimlich»). Κατά συνέπεια η παλιά διατύπωση-προειδοποίηση που αναγραφόταν σε πλαστικές συσκευασίες ή σε παιχνίδια με μικρά μέλη «όχι χρήση από μικρά παιδιά – κίνδυνος πνιγμού» είναι ανακριβής: ο κίνδυνος στην πραγματικότητα αφορά σε απόφραξη των ανώτερων αεραγωγών από ξένο σώμα. Η διάκριση των δύο οντοτήτων, πέρα από γλωσσική σημασία, είναι σημαντική και για την κατανόηση των μέτρων πρόληψης που αφορούν σε κάθε κατάσταση ξεχωριστά. Για το λόγο αυτό, άλλωστε, τα μεν μέτρα πρόληψης από πνιγμονή ανήκουν στο βασικό πρωτόκολλο του συμβουλίου αναζωογόνησης, ενώ αυτά που αφορούν πνιγμό εντάσσονται στην εκπαίδευση των Σχολών Ναυαγοσωστικής.

Ποιες ηλικίες κινδυνεύουν περισσότερο από πνιγμό;

Πνιγμός πρακτικά μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, ιδιαίτερα κατά τους θερινούς μήνες, οπότε τα άτομα παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στη θάλασσα στο πλαίσιο των διακοπών τους. Ωστόσο, ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος στην παιδική ηλικία, καθώς η εμπειρία στην κολύμβηση είναι πεπερασμένη ή ακόμα και ανύπαρκτη σε αυτό το στάδιο. Επιπλέον, τα άτομα στην ηλικία αυτή χαρακτηρίζονται από μία μειωμένη αίσθηση κινδύνου, με αποτέλεσμα να εκθέτουν εύκολα τον εαυτό τους σε κίνδυνο, εφόσον αφεθούν έστω και προσωρινά εκτός της επιτήρησης των γονέων / κηδεμόνων τους. Τέλος, με την πάροδο της ηλικίας, οι εφεδρείες του οργανισμού αυξάνονται, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα επιβίωσης σε περίπτωση ατυχήματος. Για το λόγο ακριβώς αυτό, η θνητότητα των πνιγμών στην παιδική ηλικία φαίνεται να είναι μεγαλύτερη αυτής των ενηλίκων. Επισημαίνεται επίσης η πιθανή διαφορά στην αιτιολογία των πνιγμών ανάλογα με την ηλικία. Ενώ σε εφήβους και ενήλικες ο πνιγμός είναι κατά κανόνα συνέπεια ατυχήματος και πολύ σπανιότερα εγκληματική ενέργεια ή μέθοδος αυτοκτονίας, στα νεογνά και τα μικρά παιδιά η πιθανότητα εγκληματικής ενέργειας αυξάνεται, ενώ στην περίπτωση αυτή, ο πνιγμός συχνά γίνεται εντός του σπιτιού (π.χ. μπανιέρα, νεροχύτης, τουαλέτα). (Πετρίδου & Συν 2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.6

ΛΟΠΠΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

1.Ατυχήματα με ποδήλατο

Το ποδήλατο είναι μία ευχάριστη και υγιής δραστηριότητα που μαθαίνει τα παιδιά να συντονίζουν τις κινήσεις τους και να αναπτύσσουν την κρίση τους. Είναι επίσης ένας οικολογικός και αποτελεσματικός τρόπος μεταφοράς και άσκησης τον οποίο μπορούν τα παιδιά να χαρούν μόνα τους ή με παρέα. Δυστυχώς όμως το ποδήλατο αποτελεί συχνά αιτία σοβαρών έως και θανατηφόρων τραυματισμών, με αποτέλεσμα να είναι ιδιαίτερα σημαντική η ενημέρωση και εκπαίδευση των παιδιών από μικρή ηλικία. Ωστόσο, πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι τα παιδιά κάτω των 10 ετών, ακόμα και εάν έχουν εκπαιδευτεί, δεν έχουν πάντα την ωριμότητα να χρησιμοποιήσουν σωστά όσα έχουν μάθει και, κατά συνέπεια, δεν πρέπει να τους επιτρέπουμε να οδηγούν το ποδήλατό τους στο δρόμο. Γενικά η υποδομή που προσφέρεται για ποδηλάτες στην Ελλάδα είναι ελλιπής. Οι ποδηλατοδρόμοι και οι ειδικές λωρίδες για ποδηλάτες σπανίζουν, ενώ οι οδηγοί των άλλων οχημάτων δεν είναι ευαισθητοποιημένοι στις ανάγκες των ποδηλατών. Παρόλα ταύτα τα παιδιά συχνά κυκλοφορούν με τα ποδήλατά τους στους δρόμους και, για την ασφάλειά τους, είναι σημαντικό να τα ενημερώνουμε. Τα παιδιά του σήμερα, εξάλλου, είναι οι οδηγοί και οι γονείς του αύριο. Εάν μάθουν από μικρή ηλικία να οδηγούν σωστά και προσεκτικά το ποδήλατό τους ακολουθώντας τους κανόνες κυκλοφοριακής αγωγής, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες στο μέλλον να εξελιχθούν σε καλούς οδηγούς, καθώς και να εκπαιδεύσουν ως γονείς σωστά τα παιδιά τους. Προκειμένου να κάνουν τα παιδιά ποδήλατο με ασφάλεια πρέπει:

- ✓ να συντηρούν το ποδήλατό τους, ώστε να είναι πάντα σε καλή κατάσταση
- ✓ να είναι σωστά ντυμένα και να φορούν πάντα ποδηλατικό κράνος
- ✓ να γνωρίζουν αλλά και να ακολουθούν τους κανόνες σωστής οδικής συμπεριφοράς

Για την ενημέρωση και εκπαίδευση των παιδιών ιδανικός χώρος είναι το σχολείο, το οποίο διαθέτει αφενός τις τάξεις για παρουσίαση και συζήτηση και αφετέρου την αυλή για εξάσκηση. Gender and society (n.d.).

2.Ατυχήματα στο σπίτι

Τα περισσότερα ατυχήματα που αφορούν παιδιά ηλικίας 0-6 ετών, συμβαίνουν στο σπίτι ή στο σχολείο, αφού εκεί τα παιδιά περνούν και το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας τους. Για το λόγο αυτό, όταν διαμορφώνουμε τους χώρους στους οποίους μεγαλώνουν είναι σημαντικό, να λαμβάνουμε υπόψη την ηλικία, το χαρακτήρα και τις ιδιαιτερότητες τους. Είναι επίσης σημαντικό, από την πιο μικρή ηλικία, να τους μάθουμε να αναγνωρίζουν τους κινδύνους και πως να τους αποφεύγουν. Ας έχουμε όμως υπόψη, ότι σε αυτές τις ηλικίες, τα παιδιά δεν έχουν ακόμα την ωριμότητα να χρησιμοποιήσουν πάντα αυτά που έχουν μάθει, ως εκ τούτου για την ασφάλειά τους πρέπει να υπάρχει σωστή επίβλεψη. Προσοχή όμως στην υπερπροστασία, γιατί συχνά φέρνει το αντίθετο αποτέλεσμα. Χώροι και αντικείμενα που απαιτούν προσοχή:

α)ΤΟ ΥΠΝΟΔΩΜΑΤΙΟ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ

Το κρεβάτι: Μεγαλύτερο από το παιδικό, αποτελεί δέλεαρ για τούμπες! Καλύψτε, λοιπόν, τις γωνίες από τα κομοδίνα, ώστε να μην τραυματιστεί το παιδί σε ενδεχόμενη πτώση. Επίσης, φροντίστε να μην υπάρχουν γύρω από το κρεβάτι αντικείμενα τα οποία θα τραυματίσουν το παιδί σε περίπτωση πτώσης.

Οι πρίζες: Οι γονείς καλύπτουν τις πρίζες στο παιδικό δωμάτιο, αλλά ξεχνούν ότι οι μικροί εξερευνητές μπορούν να πειράξουν τις υπόλοιπες στο σπίτι. Καλύψτε, λοιπόν, όλες τις πρίζες που είναι εντοιχισμένες στο ύψος του παιδιού.

Τα βαριά αντικείμενα: Οποιοδήποτε βαρύ αντικείμενο (π.χ. τα βάρη γυμναστικής) πρέπει να το τοποθετείτε στο πάτωμα -εντός ή εκτός ντουλάπας-, ώστε να μην υπάρχει ο κίνδυνος να πέσει πάνω στο παιδί.

Τα φάρμακα: Πρέπει να τα κλειδώνετε σε κάποιο συρτάρι - το ίδιο ισχύει και για τα

φάρμακα της γιαγιάς και του παππού, εφόσον έρχονται τακτικά σπίτι σας ή το παιδί επισκέπτεται το δικό τους.

β)ΤΟ ΠΑΙΔΙΚΟ ΔΩΜΑΤΙΟ

Το παιδικό κρεβάτι: Μη δένετε στα κάγκελα του κρεβατιού ή του πάρκου μπαλόνια ή άλλα παιχνίδια με κορδόνια, για να αποφύγετε τον κίνδυνο πνιγμού. Εάν το παιδί ψηλώσει τόσο ώστε να μπορεί να σκαρφαλώσει πάνω από τα κάγκελα, είναι καιρός να το μεταφέρετε σε κανονικό κρεβάτι, στο οποίο πρέπει να τοποθετήσετε το ειδικό προστατευτικό πλέγμα για να το προφυλάξετε από πιθανή πτώση.

Τα παιχνίδια: Φροντίστε τα μικρά παιδιά, κάτω των 4 ετών, να μην έχουν πρόσβαση στα παιχνίδια των μεγαλύτερων γιατί ενδέχεται να καταπιούν τα μικρά εξαρτήματα που έχουν πολλά από αυτά και να πνιγούν.

Οι παιδικές στράτες: Οι στράτες πρέπει να αποφεύγονται επειδή, καθώς το παιδί τρέχει με τη στράτα, αναπτύσσει ταχύτητα την οποία δεν ξέρει πώς να ελέγξει, με αποτέλεσμα τον τραυματισμό του.

γ)ΤΟ ΜΠΑΝΙΟ

Τα ξυριστικά και τα καλλυντικά: Κρύψτε τα κοφτερά αντικείμενα (ξυραφάκια, ψαλίδι, λίμα) στα πιο ψηλά ντουλάπια του μπάνιου. Το ίδιο πρέπει να κάνετε και με τις κολόνιες - μην ξεχνάτε ότι τα παιδιά δοκιμάζουν ό,τι βρουν!

Η μπανιέρα: Τοποθετήστε αντιολισθητικά πατάκια στην μπανιέρα. Επίσης, επιτηρείτε τα παιδιά όση ώρα κάνουν μπάνιο, γιατί υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού, αλλά και πνιγμού. Ακόμη, μην αφήνετε στην μπανιέρα ή στο πάτωμα του λουτρού λεκάνες με νερό χωρίς να κλειδώσετε την πόρτα του μπάνιου.

Το πλυντήριο ρούχων: Κρύψτε τα απορρυπαντικά του πλυντηρίου σε ψηλά ράφια και μην

αφήνετε ανοιχτή την πόρτα του πλυντηρίου.

δ)ΤΟ ΚΑΘΙΣΤΙΚΟ

Τα τασάκια και τα τσιγάρα: Η μάσηση τσιγάρου είναι από τα συχνότερα παιδικά ατυχήματα. Η ποσότητα καπνού ενός και μόνο τσιγάρου θεωρείται θανατηφόρος δόση για ένα παιδί.

Τα σπέρτα και οι αναπτήρες: Κρατήστε μακριά από τα παιδιά τα σπέρτα και τους αναπτήρες - είναι πιθανότερο το παιδί να καεί παίζοντας με τον αναπτήρα παρά ακουμπώντας το αναμμένο μάτι της ηλεκτρικής κουζίνας.

Τα μπολ με ξηρούς καρπούς: Τα παιδιά κινδυνεύουν να πνιγούν με τους ξηρούς καρπούς, όπως και με κάθε μικρό αντικείμενο (κέρματα, κουμπιά, καρφίτσες).

Τα χαλιά: Βγάλτε τα χαλάκια από οποιοδήποτε σημείο του σπιτιού - ειδικά μπροστά από τις σκάλες. Καθώς το παιδί τρέχει, μπορεί να παρασυρθεί και να πέσει.

Το τζάκι: Να βάζετε πάντα την προστατευτική σήτα μπροστά στο τζάκι όταν είναι αναμμένο.

Οι κουρτίνες και τα στόρια: Τα κορδόνια από τα στόρια και τις κουρτίνες μπορεί να γίνουν αιτία πνιγμού. Γι' αυτό, αφαιρέστε τα ή δέστε τα ψηλά.

ε)Η ΚΟΥΖΙΝΑ

Η είσοδος: Εάν μπορείτε, τοποθετήστε μια πόρτα ασφαλείας στην είσοδο της κουζίνας. Όταν όμως βρίσκεστε κι εσείς στο χώρο, δεν μπορείτε να απαγορεύσετε την είσοδο στο παιδί. Φροντίστε, λοιπόν, να παίζει με ασφαλή σκεύη που θα είναι «δικά του», λόγω χάρη με ξύλινες κουτάλες, πλαστικές λεκάνες κλπ.

Τα ντουλάπια: Τοποθετήστε ειδικές ασφάλειες (πωλούνται στα καταστήματα παιδικών ειδών) στα ντουλάπια της κουζίνας, ειδικά σε αυτά όπου φυλάτε τα αιχμηρά αντικείμενα. Το ντουλάπι κάτω από το νεροχύτη: Μην τοποθετείτε σε αυτό το ντουλάπι τα απορρυπαντικά και μη μεταγγίζετε τα καθαριστικά σε άλλα μπουκάλια, π.χ. σε μπουκάλια αναψυκτικών (τα παιδιά, αντί για το αγαπημένο τους αναψυκτικό, θα πιουν δηλητήριο). Τοποθετήστε όλα τα καθαριστικά προϊόντα σε ψηλά ντουλάπια, π.χ. στο ντουλάπι του απορροφητήρα. Να θυμάστε ότι τα παιδιά μπορούν να πιουν χωρίς δισταγμό ό,τι βρουν.

Ο πάγκος: Εάν έχετε τοποθετήσει ωμά τρόφιμα στον πάγκο της κουζίνας (πουλερικά, κρεατικά), να τον σαπουνίζετε προτού ετοιμάσετε τη φρουτόκρεμα ή οποιαδήποτε άλλη παιδική τροφή στην ίδια επιφάνεια. Έτσι, αποφεύγετε τον κίνδυνο της τροφικής δηλητηρίασης. Επιπλέον, μην αφήνετε στον πάγκο μικροαντικείμενα, κοφτερά μαχαίρια, σπέρτα, γυάλινα ποτήρια, αλλά και χάπια.

Το σίδερο και η σιδερώστρα: Τοποθετήστε τη σιδερώστρα έτσι ώστε το καλώδιο να μην εμποδίζει το πέρασμα των παιδιών και βεβαιωθείτε ότι είναι σταθερή. Μην αφήνετε ποτέ το σίδερο στην πρίζα χωρίς να το επιβλέπετε.

Τα μάτια της κουζίνας: Η λαβή της κατσαρόλας ή του μπρικιού δεν πρέπει να εξέρχεται από τη συσκευή της κουζίνας. Καλύψτε τα μάτια της κουζίνας με ειδικά καπάκια και, αν χρειαστεί, βάλτε στον ηλεκτρολογικό πίνακα του σπιτιού τον ειδικό διακόπτη που θα απομονώνει τη λειτουργία της ηλεκτρικής κουζίνας.

Το τραπεζομάντιλο: Αποφύγετε τα μακριά τραπεζομάντιλα, επειδή το παιδί μπορεί να τα τραβήξει, παρασύροντας πάνω του ό,τι υπάρχει στο τραπέζι.

Το παιδικό καρεκλάκι: Να δένετε πάντοτε το παιδί στο καρεκλάκι, ειδάλλως μπορεί να σηκωθεί και να πέσει. Να τοποθετείτε, επίσης, το καρεκλάκι του μωρού (ριλάξ) σε

χαμηλά σημεία ή στο πάτωμα και όχι στον καναπέ ή στο τραπέζι, από όπου μπορεί να πέσει.

Ζ) Η ΣΚΑΛΑ

Η πτώση από τη σκάλα είναι από τους σοβαρότερους τραυματισμούς στο σπίτι. Γι' αυτό, βάλτε πόρτες ασφαλείας (πωλούνται στα καταστήματα παιδικών ειδών) στη βάση και στην κορυφή της σκάλας. Η σκάλα πρέπει να έχει κουπαστή και η απόσταση ανάμεσα στα κάγκελα να είναι μικρή ώστε να μη χωράει το κεφάλι του παιδιού. Εάν τα σκαλοπάτια είναι ολισθηρά, τοποθετήστε αντιολισθητικές ταινίες.

στ) ΟΙ ΜΠΑΛΚΟΝΟΠΟΡΤΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΜΠΑΛΚΟΝΙΑ

Τοποθετήστε τα ειδικά αυτοκόλλητα στις τζαμόπορτες, ώστε να γίνεται αντιληπτό πότε είναι κλειστές. Τοποθετήστε, επίσης, το ειδικό προστατευτικό δίχτυ στο μπαλκόνι και απομακρύνετε από αυτό οτιδήποτε μπορεί να χρησιμεύσει ως σκαλοπάτι για το παιδί (γλάστρες, καρέκλες). Να θυμάστε ακόμη ότι τα οριζόντια κάγκελα χρησιμεύουν ως πάτημα για να σκαρφαλώσουν τα παιδιά. (Ψάλτη 2008).

Τα πιο συχνά ατυχήματα στο σπίτι

Η έμφυτη περιέργεια, σε συνδυασμό με την άγνοια κινδύνου, είναι οι σημαντικότεροι λόγοι που τα ατυχήματα στο σπίτι είναι συχνότερα όταν τα παιδιά είναι μεταξύ ενός και τεσσάρων ετών, γιατί τότε περνούν πολλές ώρες στο σπίτι. Το συχνότερο ατύχημα είναι η πτώση (από το καρεκλάκι, από τη σκάλα, από την καρέκλα). Ακολουθεί η δηλητηρίαση (απορρυπαντικά, καθαριστικά και λευκαντικά αφορούν το 50% των μέσων δηλητηρίασης από είδη οικιακής χρήσης). Συχνή είναι, επίσης, η δηλητηρίαση από τον καπνό του τσιγάρου, καθώς και τα εγκαύματα από αναπτήρα και σπέρτα, αλλά και από καυτό ρόφημα που οι ενήλικοι ρίχνουν κατά λάθος στο παιδί (επειδή σκοντάφτουν ενώ κρατούν το παιδί αγκαλιά). (Ανώνυμος 2008).

Ατυχήματα στις παιδικές χαρές

Στην ασφυκτική ζωή των μεγαλουπόλεων, ένα μεγάλο μέρος του παιδικού παιχνιδιού περιορίζεται στο εσωτερικό των εσωτερικών των σπιτιών. Το παιχνίδι όμως είναι συνυφασμένο με το φυσικό περιβάλλον, καθώς εκεί το παιδί αναπτύσσει τη δημιουργικότητά του και τη φαντασία του, κοινωνικοποιείται, έρχεται σε επαφή με τη φύση και το κυριότερο ασκείται σωματικά, προστατεύοντας τον εαυτό του από την καθιστική ζωή και τις συνέπειές τις, όπως η παχυσαρκία. Οι παιδικές χαρές αποτελούν γενικά, έναν ασφαλή τόπο παιχνιδιού εκτός σπιτιού, προσφέροντας στα παιδιά τα οφέλη που προαναφέρθηκαν. Παρόλα αυτά, η καταγραφή τραυματισμών στους χώρους αυτούς δεν είναι σπάνιο φαινόμενο. Στις Η.Π.Α ετησίως περισσότερα από 200.000 παιδιά έως 15 ετών επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων λόγω τραυματισμού που έλαβε χώρα σε παιδική χαρά, ενώ στη Μεγάλη Βρετανία καταγράφονται κάθε έξι μήνες 24.000 τραυματισμοί αυτού του είδους. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (Κ.Ε.Π.Α) η ετήσια επίπτωση των τραυματισμών των παιδιών σε παιδικές χαρές υπολογίστηκε σε 7 ανά 1000 αγόρια και 4 ανά 1000 κορίτσια, ενώ ο κίνδυνος τραυματισμού ήταν διπλάσιος στις δημόσιες σε σχέση με τις ιδιωτικές παιδικές χαρές. Τα αγόρια και τα παιδιά ηλικίας 5-9 ετών υφίστανται το μεγαλύτερο ποσοστό ατυχημάτων, ενώ ο συχνότερος μηχανισμός κάκωσης είναι η πτώση. Σημαντικό ρόλο στην πρόκληση των ατυχημάτων αυτών διαδραματίζουν η ποιότητα του εδάφους (τα ευένδοτα υλικά όπως το καουτσούκ και το αμμχάλικο μειώνουν τον κίνδυνο σοβαρού τραυματισμού), η ελλιπής συντήρηση του εξοπλισμού και του εδάφους, όπως και η κακή επιτήρηση των παιδιών από τους γονείς και ειδικευμένο προσωπικό. Η χάραξη των προληπτικών μέτρων για τη μείωση της επίπτωσης των ατυχημάτων αυτών, οφείλει να κινείται σε τέσσερις βασικούς άξονες: επιτήρηση του χώρου και των παιδιών από ειδικευμένο προσωπικό, προσαρμογή του σχεδιασμού του εξοπλισμού και του χώρου παιχνιδιού στις ανάγκες κάθε ηλικιακής ομάδας, επιλογής κατάλληλων υλικών για το έδαφος της παιδικής χαράς καθώς και συντήρηση του εξοπλισμού και του εδάφους της παιδικής χαράς. Με τη συνεργασία των γονέων, των επαγγελματιών υγείας και της πολιτείας, οι παιδικές χαρές μπορούν να γίνουν περισσότερο ασφαλείς, προσφέροντας ώρες ξεγνοιασιάς για τα παιδιά. Πετρίδου & Σύν (n.d.).

Ατυχήματα με πυροτεχνήματα

Σε όλους αρέσουν τα πυροτεχνήματα τα οποία χρησιμοποιούμε κυρίως το Πάσχα. Χωρίς την απαιτούμενη προσοχή, όμως, τα πυροτεχνήματα μπορούν να αποτελέσουν αιτία σοβαρού τραυματισμού τόσο για αυτόν που τα χρησιμοποιεί, όσο και για τους γύρω του.

- Για το λόγο αυτό : Προσέχουμε τι είδους πυροτεχνήματα αγοράζουμε και από που, γιατί ορισμένα από αυτά μπορεί να είναι επικίνδυνα.
- Δεν κατασκευάζουμε μόνοι μας πυροτεχνήματα, διότι κινδυνεύουμε να πάθουμε σοβαρά εγκαύματα.
- Δε μεταφέρουμε δυναμιτάκια στην τσέπη μας. Με την τριβή και μόνο, είναι δυνατόν να ανάψουν και να προκαλέσουν σοβαρά εγκαύματα.
- Δεν πετάμε δυναμιτάκια σε άλλους, ούτε αστειεύομενοι.
- Προσέχουμε να μην ανάβουμε βεγγαλικά κοντά στο πρόσωπο, στα μαλλιά και σε εύφλεκτα υλικά.
- Δε χρησιμοποιούμε πυροτεχνήματα μέσα σε πολύ κόσμο, για να μην τραυματίσουμε κάποιον άθελά μας.
- Δε χρησιμοποιούμε πυροτεχνήματα κοντά σε ξερά χόρτα, για να μην προκαλέσουμε πυρκαγιά (Ανώνυμος 2008).

Επαγγελματικά ατυχήματα

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

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα των επαγγελματικών ατυχημάτων έχουν

σχέση με το είδος της εργασίας, καθώς και με την εμπειρία, την ένταση, την εξάντληση, την προσωπικότητα του εργαζομένου και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας. Το 95% των ατυχημάτων στο χώρο εργασίας θα μπορούσαν να προληφθούν, εάν εφαρμόζονταν τα ενδεικνυόμενα μέτρα πρόληψης. Τσουμάκας & Παπαδοπούλου (n.d.).

Αμυχές και κοψίματα

Οι «αμυχές» και τα «κοψίματα» είναι ένα άλλο είδος που προκαλείται άλλοτε από πτώση ή από άλλες αιτίες όπως κόψιμο με μαχαίρι ή άλλο αιχμηρό αντικείμενο. Το είδος αυτών των ατυχημάτων , παρόλο που είναι συχνό, είναι συνήθως επιπόλαιο. Προκαλεί φυσικά πόνο και αρκετή ταλαιπωρία τόσο στα παιδιά όσο και στους γονείς τους. Η πιο σοβαρή περίπτωση κοψίματος είναι αυτή του ‘ακρωτηριασμού’ , που προκαλεί πραγματικά τραγικές συνέπειες στη ζωή του παιδιού, όλης της οικογένειας αλλά και της κοινωνίας γενικότερα. (Αντωνίου 1992)

Ηλεκτροπληξία

Η σοβαρότητα του ατυχήματος όπως και οι συνέπειές του εξαρτώνται από την ένταση του ρεύματος. Μπορεί ακόμα και ακαριαίος θάνατος να προκληθεί. Αιτίες είναι φθαρμένες πρίζες, σύρματα και ηλεκτρικές συσκευές. (Αντωνίου 1992).

Ατυχήματα στην πισίνα

Πολλά είναι τα ατυχήματα που συμβαίνουν στις πισίνες. Η προσοχή πρέπει να είναι πολλή μεγάλη. Ενδεικτικά θα προτείνουμε τα πιο κάτω μέτρα προφύλαξης:

Αν έχετε πισίνα στο σπίτι σας φροντίστε να την περιφράξετε πλήρως. Τοποθετήστε πόρτα που κλείνει και ασφαρίζει αυτόματα. Όλες οι πόρτες και τα παράθυρα που οδηγούν στην πισίνα πρέπει να είναι ασφαλή και να εμποδίζουν την πρόσβαση των μικρών παιδιών στην πισίνα. Μάλιστα καλό είναι οι πόρτες να έχουν και ανιχνευτή κίνησης με συναγερμό που να ειδοποιεί όταν κάποιος μπαίνει στο χώρο της πισίνας. Βέβαια τα προστατευτικά κάγκελα και οι "αποτελεσματικές" πόρτες είναι μέτρα πρόληψης, αλλά δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να υποκαταστήσουν την επίβλεψη.

- ✓ Προσέχετε να μην υπάρχουν τραπέζια και καρέκλες κοντά στην περιφράξη της πισίνας, γιατί μπορεί το παιδί να σκαρφαλώσει και να μπει στην πισίνα.
- ✓ Βγάλτε τα παιχνίδια από το χώρο της πισίνας, γιατί ένα παιδί που παίζει με τα παιχνίδια μπορεί να πέσει μέσα στο νερό.
- ✓ Να έχετε ένα τηλέφωνο δίπλα στην πισίνα. Έτσι δεν θα χρειαστεί να αφήσετε μόνο του το παιδί αν κάποιος σας καλέσει. Να έχετε δίπλα στο τηλέφωνο τα νούμερα ανάγκης.
- ✓ Φροντίστε να υπάρχει δίπλα στην πισίνα ο εξοπλισμός διάσωσης (σχοινί, κουλούρα κλπ). (Ζημάλης 2003).

Ατυχήματα στη θάλασσα

Την εποχή αυτή κλείνουν τα σχολεία και αυτό σημαίνει περισσότερος ελεύθερος χρόνος για τα παιδιά, πράγμα που στατιστικά αυξάνει την πιθανότητα κάποιου ατυχήματος.

Σύμφωνα με το Σωματείο Αντιμετώπισης παιδικού τραύματος, πρέπει για το λόγο αυτό να μάθουμε στα παιδιά μας, όσο το δυνατόν νωρίτερα, να αναγνωρίζουν τους κινδύνους και να προφυλάσσονται από αυτούς.

Ασχέτως προορισμού, οι διακοπές προϋποθέτουν συχνές μετακινήσεις. Τα παιδιά πρέπει πάντα να κάθονται στο πίσω κάθισμα, σωστά δεμένα. Οι αντιπροσωπίες αυτοκινήτων και τα μαγαζιά με αξεσουάρ αυτοκινήτων, μπορούν να ενημερώσουν για το κάθισμα ή τη ζώνη ασφαλείας που χρειάζεται ένα παιδί, ανάλογα με το ύψος και το βάρος του, για να ταξιδεύει με ασφάλεια. Το μεγαλύτερο μέρος της Ελλάδας περιβάλλεται από θάλασσα, καθώς επίσης και λίμνες, ποτάμια και χείμαρρους. Λόγω καλών καιρικών συνθηκών τον περισσότερο χρόνο, οι ακτές είναι γεμάτες κόσμο.

Ο συνδυασμός ήπιου κλίματος και υγρού στοιχείου, κάνει τα παιδιά στη χώρα μας ιδιαίτερα επιρρεπή στα ατυχήματα από πνιγμό. Είναι αποδεδειγμένο ότι τα μικρά παιδιά μπορούν να πνιγούν, σε λίγα μόνο εκατοστά νερό και σε ελάχιστο χρόνο.

- ✓ Να παίζετε μαζί με το παιδί στα ρηχά, μέχρι να εξοικειωθεί με το νερό.

- ✓ Μην το αναγκάζετε να μπει στο νερό αν φοβάται.
- ✓ Να του επισημαίνετε συνεχώς τους πιθανούς κινδύνους.
- ✓ Χρησιμοποιήστε σωσίβιο ή άλλη συσκευή επίπλευσης αν το παιδί δεν ξέρει καλό κολύμπι.
- ✓ Κανένα σωστικό μέσο δεν υποκαθιστά τη συνεχή επίβλεψη από τους γονείς. (Ανδρέου 2000).

Ατυχήματα στα σπορ

Απαραίτητο το σωσίβιο. Το σωσίβιο στη θάλασσα είναι ότι και η ζώνη ασφαλείας στο αυτοκίνητο. Βεβαιωθείτε ότι το παιδί φορά το σωστό μέγεθος. Δείξτε στα παιδιά πώς χρησιμοποιείται.

Βεβαιωθείτε ότι οι καιρικές συνθήκες είναι κατάλληλες για τη διεξαγωγή του σπορ.

Στο θαλάσσιο σκι πρέπει ο οδηγός της βάρκας να είναι έμπειρος, να κρατά τις αποστάσεις ασφαλείας από την στεριά και τα άλλα σκάφη. Επίσης είναι απαραίτητο μέσα στο ταχύπλοο να υπάρχουν δύο άτομα (ο ένας οδηγεί και ο άλλος προσέχει τον σκιέρ).

Φορέστε το κράνος και τον υπόλοιπο προστατευτικό εξοπλισμό σε όποιο σπορ απαιτείται (π.χ ράφτινγκ). (Ανώνυμος 2001).

Ατυχήματα με πατίνι ή skate board

Το 33% των αγοριών ηλικίας 13-14 ετών παίζει στους δρόμους κάνοντας πατίνι ή skate αψηφώντας τον κίνδυνο στις κατηφόρες. Αντίθετα το skate board φαίνεται να μην ενθουσιάζει πολύ τα κορίτσια γιατί τα ποσοστά από 22% στην ηλικία των 13 ετών μειώνονται στο 16% στην ηλικία των 14 ετών. Αντωνοπούλου (n.d.).

Ατυχήματα στον πάγο

Δύο χιλιάδες ατυχήματα το χρόνο είναι ο απολογισμός από τις «καραμπόλες» στις οποίες οδηγεί το μποτιλιάρισμα των σκιέρ στις λευκές πίστες των ελληνικών χιονοδρομικών

κέντρων. Πάνω από το 30% των περιστατικών καταγράφονται στα Κελάρια και τη Φτερόλακκα, τα δύο κέντρα του Παρνασσού που δέχονται το μεγαλύτερο αριθμό χιονοδρόμων. Στα ατυχήματα εμπλέκονται και εκείνοι που κάνουν σνοουμπορντ οι οποίοι κατά τους ειδικούς είναι πιο επιρρεπείς σε συγκρούσεις απ' ό,τι οι σκιέρ, αφού ο εγκλωβισμός των ποδιών τους σε μια σανίδα τούς στερεί τη δυνατότητα να σταματούν εγκαίρως και τους υποχρεώνει σε άγαρμπες κινήσεις. «Οι συγκρούσεις και οι πτώσεις από απώλεια ισορροπίας αποτελούν τις βασικές αιτίες ατυχημάτων στα ελληνικά χιονοδρομικά κέντρα», αποκαλύπτει ο Κωνσταντίνος Οικονόμου, υπεύθυνος χιονοδρομίας ETA A.E. (στον Παρνασσό), που προσθέτει: «Στη χώρα μας συμβαίνει το παράδοξο για τα παγκόσμια δεδομένα να τραυματίζονται πολλοί σκιέρ κατά την αποβίβασή τους από τους εναέριους αναβατήρες (λιφτ). Πρόκειται για ένα αποκλειστικά ελληνικό φαινόμενο, που οφείλεται σε επιπολαιότητα αλλά και έλλειψη τεχνικής, αφού οι περισσότεροι επίδοξοι χιονοδρόμοι προσπαθούν να μάθουν σκι μόνοι τους ή από φίλους αντί να κάνουν μαθήματα με δάσκαλο». Σύμφωνα με τον ειδικό, αύξηση των ατυχημάτων παρατηρείται όταν επικρατούν καλές καιρικές συνθήκες καθώς η καλή ορατότητα επιτρέπει την ανάπτυξη μεγαλύτερης ταχύτητας στις πίστες, με αποτέλεσμα να ξεθαρρεύουν ακόμα και οι αρχάριοι σκιέρ. Από πλευράς ποιότητας χιονιού, πιο επικίνδυνο είναι το μαλακό, είτε η «πούδρα» που καλύπτει τις πίστες όταν χιονίζει είτε η «σούπα», η οποία δημιουργείται όταν μαλακώνει το χιόνι λόγω βροχής ή υψηλής θερμοκρασίας. Αντίθετα στο σκληρό χιόνι και στον πάγο μειώνεται ο κίνδυνος ατυχήματος γιατί τα πέδιλα και η σανίδα του snowboard στρίβουν πιο εύκολα. Σε σχέση με το παρελθόν έχουν αυξηθεί στην Ελλάδα -όπως και στο εξωτερικό- οι εγκεφαλικές κακώσεις, μετά από σύγκρουση δύο ή περισσότερων χιονοδρόμων, φαινόμενο στο οποίο συμβάλλει η ανάπτυξη μεγάλων ταχυτήτων με τα πέδιλα νέας γενιάς (τύπου carving). Σε τέτοια περιστατικά περισσότερο κινδυνεύουν τα παιδιά, που πέφτουν πάνω σε ενήλικες, και γι' αυτό άλλωστε επιβάλλεται να φορούν κράνος από τριών ετών που ξεκινούν και τουλάχιστον μέχρι τα 15 έτη. (Ανώνυμος 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παιδική ηλικία είναι μια σημαντικότερη, ψυχολογικά, εξελικτική φάση. Σε αυτή διαμορφώνονται, μέσα από την αλληλεπίδρασή με το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον, ο χαρακτήρας και η προσωπικότητα του παιδιού.

Η φυσιολογική εξελικτική πορεία του παιδιού αποτελεί μια τρισδιάστατη διαδικασία που συνδυάζει την ψυχοσωματική, τη νοητική και την κοινωνική ανάπτυξη. Ξεκινά από τα πρώτα στάδια της ζωής και συνεχίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες. Οι πρώιμες εμπειρίες μας, μας ακολουθούν πάντα και πολλές φορές ευθύνονται, κάτω από κατάλληλες συνθήκες, για την εκδήλωση κάποιας ψυχικής διαταραχής. Για το λόγο αυτό το παιδί χρειάζεται, πάνω από όλα, ένα ασφαλές και ισορροπημένο περιβάλλον για να αναπτυχθεί (*εφημερίδα "Επταήμερη, 2004"*).

Τα παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με τον κίνδυνο ατυχήματος 3 φορές περισσότερο από τους ενήλικες (Τσουμάκας,2004). Για κάθε θάνατο παιδιού από ατύχημα αντιστοιχούν 3-4 αναπηρίες και 5-6 βαρείς τραυματισμοί με όλες τις θλιβερές συνέπειες.

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

Ένα τραυματικό γεγονός όπως το ατύχημα είναι ένα σοβαρό γεγονός στην διάρκεια του οποίου το παιδί κατακλύζεται από αισθήματα φόβου, τρόμου και αίσθημα αβοήθητου.

Το τραυματικό γεγονός διαφέρει από τα καθημερινά στρες που αντιμετωπίζουν παιδιά και ενήλικοι και τα οποία γενικά τα διαχειρίζονται πολύ καλά. Το τραυματικό γεγονός(ή κατάσταση) είναι ένα πολύ σοβαρό γεγονός, έξω από τις συνηθισμένες εμπειρίες, απρόσμενο. Μπορεί να διαρκεί λεπτά ή και ώρες. Μετά την βίωση του γίνεται ένα συναισθηματικό γεγονός, προκαλεί ένα “ψυχολογικό τραύμα”, μια “ψυχολογική πληγή”(Χρηστάκη, 2007).

Ανάλογα με την σοβαρότητα και το είδος του τραυματικού γεγονότος που βίωσε το παιδί , οι γονείς μπορεί να εμφανίσουν μία πληθώρα συναισθημάτων όπως άγχος, φοβίες, κατάθλιψη, διαταραχές του ύπνου. Δεν είναι σπάνια η ψυχολογική κατάρρευση των γονέων μετά από ένα σοβαρό ψυχοτραυματικό γεγονός.

Παράγοντες που επηρεάζουν την επίδραση του τραυματικού γεγονότος είναι το είδος του γεγονότος. Σοβαρότερη επίδραση έχουν γεγονότα που απειλούν την ζωή και προκαλούν τον θάνατο. Τα κορίτσια επηρεάζονται περισσότερο από τα αγόρια. Επίσης, ύπαρξη καλών οικογενειακών σχέσεων, το ευρύτερο υποστηρικτικό περιβάλλον, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (όπως αισιοδοξία, αυτοεκτίμηση), προηγούμενες εμπειρίες, φαίνεται να συμβάλλουν θετικά στην επούλωση του ψυχολογικού τραύματος. Τέλος η ηλικία του παιδιού παίζει σημαντικό ρόλο.

Ένα από τα κυριότερα ενοχλήματα που εμφανίζονται μετά το ατύχημα είναι το αίσθημα του πόνου. Για πολλούς, η παρουσία πόνου σηματοδοτεί την ύπαρξη κινδύνου. Όταν τα παιδιά πονούν, φοβούνται ή απλά επιθυμούν να σταματήσει αυτό το ενοχλητικό σύμπτωμα (Zborowski, 1952). Στις περισσότερες περιπτώσεις επηρεάζεται ολόκληρο το οικογενειακό ή κοινωνικό δίκτυο του παιδιού που πονά.

Σε γενικές γραμμές , ο πόνος ορίζεται ως μία συναισθηματική και αισθητηριακή ενόχληση που σχετίζεται συνήθως αλλά όχι πάντα, με την καταστροφή ιστών του σώματος. Η

συναισθηματική δυσφορία και το άγχος έχουν τη δύναμη να μεγεθύνουν τον πόνο και λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας. Έχει βρεθεί ότι το άγχος αυξάνει το φόβο ενός ατόμου και ειδικά του παιδιού για τον πόνο και την πιθανότητα να προσπαθήσει να τον αποφύγει (Asmundson et al.,1997).

Τέλος , η ψυχολογική αστάθεια που χαρακτηρίζει την παιδική ηλικία οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο με σειρά από δυσάρεστες καταστάσεις. Απαιτεί λοιπόν ειδική θεώρηση στην εκτίμηση της έκτασης και της σοβαρότητας του ατυχήματος

Το παιδί μετά το οποιοδήποτε ατύχημα, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με τις καλύτερες παροχές που διατίθενται, ιατρικές και νοσηλευτικές ώστε η βοήθεια να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο αποτελεσματική και με τις λιγότερες δυσάρεστες συνέπειες. Η ψυχολογική υποστήριξη από τους ειδικούς αλλά κυρίως από την οικογένεια θεωρείται απαραίτητη για να μπορέσει να αποβάλει το παιδί τυχόν δυσάρεστα συναισθήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.1

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Τα ατυχήματα αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας παιδιών και νέων ατόμων και τη πρώτη αιτία θανάτου και αναπηρίας των παιδιών στις αναπτυγμένες χώρες. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια τα παιδικά ατυχήματα έχουν πάρει στον τόπο μας διαστάσεις επιδημίας.

Συγκλονιστικά είναι τα στοιχεία για το μέγεθος του προβλήματος των παιδικών ατυχημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Τα τροχαία ατυχήματα, οι πτώσεις, τα εγκαύματα, οι πνιγμοί και οι δηλητηριάσεις είναι οι κυριότερες αιτίες τραυματισμού των παιδιών και προκαλούν περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη αιτία (εφημερίδα, «Σημερινή» 2008). Ποικίλες και δραματικές μπορούν να χαρακτηριστούν οι συνέπειες που μπορεί να επιφέρει το ατύχημα στη σωματική υγεία και ακεραιότητα ενός παιδιού.

Τέτοιες είναι οι τραυματικές κακώσεις όπως τα κατάγματα και οι κακώσεις προσώπου και κάτω άκρων, ρήξη οργάνων, κατάγματα σπονδύλου και οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Όταν υπάρχουν τραυματικές κακώσεις πολλών συστημάτων ή οργάνων τότε ο ασθενής είναι πολυτραυματίας. Οι τραυματικές κακώσεις κατατάσσονται στις ΗΠΑ ως η τέταρτη αιτία θανάτου για όλες τις ηλικίες και θεωρούνται υπεύθυνες για το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας στις ηλικίες κάτω των 35 ετών (Ασκητοπούλου, 2004). Άλλοι μεσαίου βαθμού τραυματισμοί είναι το θλαστικό τραύμα, οι εκδορές, 1^{ου} και 2^{ου} βαθμού εγκαύματα, εξάρθρωμα άνω και κάτω άκρου, διαστρέμματα, πρήξιμο, κοψίματα και οι μώλωπες.

Όλες αυτές οι κακώσεις έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία άλλων σωματικών και λειτουργικών προβλημάτων. Η εγκεφαλική παράλυση επίσης μπορεί να οδηγήσει το παιδί σε κινητική αναπηρία, αδυναμία λόγου και μειωμένη διανοητική κατάσταση. Ανάλογα με την τοπογραφική κατανομή της βλάβης της Ε.Π. χαρακτηρίζεται ως τετραπληγία,

διπληγία, ημιπληγία, τριπληγία και μονοπληγία. Τέτοια παραδείγματα είναι η παράλυση των κάτω ακρών δηλαδή διπληγία, με αποτέλεσμα το παιδί να είναι ανίκανο να περπατήσει και να χρειάζεται βοηθητικά μέσα (αναπηρική καρέκλα,πατερίτσες).Η τετραπληγία ως διαταραχή και στα τέσσερα μέλη του σώματος συνοδεύεται συχνά από νοητική υστέρηση και επιληπτικές κρίσεις. Όταν η βλάβη αφορά το ένα ημισφαίριο του εγκεφάλου και κλινικά εκφράζεται ως δυσλειτουργία του ενός ημιμορίου του σώματος (αριστερά ή δεξιά πλευρά) η Ε.Π. χαρακτηρίζεται ως ημιπληγία. Η μορφή αυτή έχει την καλύτερη πρόγνωση από κινητικής πλευράς. Βέβαια συνυπάρχουν προβλήματα ούρησης και αυτοεξυπηρέτησης.

Τα παιδιά με ημιπληγική μορφή Ε.Π. καταφέρνουν να βαδίσουν. Συχνά όμως παρουσιάζουν επιληπτικές κρίσεις, μαθησιακά προβλήματα και δυσκολίες στη κατανόηση των μαθηματικών εννοιών(Παντελιάδης, . Συρίγου & Παπαβασιλείου 2002) .

Άλλα συνοδά προβλήματα της εγκεφαλικής παράλυσης είναι

1. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.
2. Αισθητηριακές διαταραχές όρασης και ακοής.
3. Επιληψία.
4. Νοητική υστέρηση.
5. Διαταραχές λόγου – ομιλίας.

Μαθησιακά προβλήματα.

6. Ψυχολογικά - Ψυχιατρικά προβλήματα.
7. Αισθητικές διαταραχές

Πρέπει να γίνει γνωστό ότι στα παιδιά με Ε.Π. παρατηρείται γενικευμένη χρονολογική καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας. Μπορεί να υπάρχει δυσαρθρία, απραξία του λόγου, ή δυσφρασία.

Το παιδί με Ε.Π. δυνατόν να παρουσιάσει διαταραχές στη μνήμη και την σκέψη, υπερκινητικότητα, επιθετικότητα, διαταραχές στο λόγο και την ομιλία, ειδικές μαθησιακές διαταραχές στην ανάγνωση, την ορθογραφία και την αριθμητική.

Επίσης τα παιδιά με Ε.Π. μπορεί να παρουσιάζουν στερεογνωσία, σωματοαγνωσία, διαταραχές προσανατολισμού και κατευθυντικότητας.

Μία συχνή αιτία θανάτου ή αναπηρίας σε παιδιά και ενήλικες είναι οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Η πρόγνωση είναι χειρότερη όταν η κάκωση συμβεί σε ηλικία μικρότερη των 7 χρόνων. Πολλές φορές απομένει εκτός της κινητικής αναπηρίας συνδυασμός γνωστικού και συμπεριφερσιολογικού ελλείμματος που δημιουργεί σημαντικό πρόβλημα στην αποκατάσταση. Μετά από σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση τα συχνότερα ιατρικά προβλήματα είναι τα κατάγματα, η επιληψία, ο υδροκέφαλος, οι ενδοκρινολογικές διαταραχές, η έκτοπη οστεοποίηση, οι διαταραχές της κύστης και του εντέρου, οι κατακλίσεις, οι συγκάψεις κ.ά. Τα γνωστικά ελλείμματα που παρατηρούνται είναι οι διαταραχές εγρήγορσης και προσοχής, οι διαταραχές προσανατολισμού, οι συγχυτικές καταστάσεις, η νοητική βραδύτητα, η υπολειπόμενη ακουστική, η οπτική μνήμη και η μειωμένη σωματοαισθητική πρόσληψη.

Μία άλλη βλάβη που μπορεί να προκληθεί μετά από ατύχημα είναι βλάβη στον νωτιαίο μυελό που οδηγεί σε παράλυση και απώλεια των αισθήσεων. Τα αποτελέσματα της κάκωσης του νωτιαίου μυελού εξαρτώνται από το σημείο της κάκωσης και τη βαρύτητά της. Για το λόγο αυτόν, ορισμένα άτομα χάνουν τη χρήση των ποδιών τους και του κατώτερου μέρους του θώρακά τους (παραπληγικοί), ενώ άλλα (με την κάκωση σε υψηλότερο σημείο) μπορεί να παραλύσουν από τον λαιμό και κάτω (τετραπληγικοί). Οι κακώσεις του νωτιαίου μυελού συνήθως προκαλούνται από τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη, για παράδειγμα τροχαίο ατύχημα, ή αιμορραγικές διαταραχές. Οι κακώσεις στον νωτιαίο μυελό συχνά ακολουθούνται από βαρείας μορφής παράλυση.

Όσον αφορά τα τραύματα στο κεφάλι και στο λαιμό μπορεί να προξενήσουν βλάβη στον εγκέφαλο ή το νωτιαίο μυελό. Ιατρικό προσωπικό πρέπει να καλείται πάντα, για να περιθάλπει θύματα ατυχημάτων με πιθανά τραύματα κεφαλιού ή λαιμού, ακόμα και αν δεν υπάρχουν φανερά σημάδια εσωτερικής βλάβης. Όταν το άτομο βρίσκεται αναισθητο, μετά από ένα ατύχημα, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα να έχει σοβαρό τραύμα στον εγκέφαλο ή το νωτιαίο μυελό. Ένα τραύμα στο κεφάλι που προκαλεί αιμορραγία μέσα στο κρανίο είναι σοβαρή απειλή για τον εγκέφαλο. Ένα κατάγμα ή εξάρθρωση σπονδύλων στο λαιμό μπορεί να τραυματίσει το νωτιαίο μυελό και ίσως να προκαλέσει παράλυση κάτω από το επίπεδο του τραυματισμού.

Οι τραυματισμοί στο κεφάλι συμβαίνουν στα δύο τρίτα περίπου των ανθρώπων που τραυματίζονται σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Όταν ταξιδεύει μέσα στο αυτοκίνητο, το

σώμα του οδηγού ή του επιβάτη έχει ορμή ίση με την ταχύτητα της κίνησης. Αν το όχημα κόψει απότομα ταχύτητα, το σώμα εξακολουθεί να κινείται με την αρχική ταχύτητα, προκαλώντας ισχυρή καταπόνηση στο λαιμό. Η πτώση με το κεφάλι από ύψος (όπως όταν βουτάτε σε ρηγά νερά και χτυπάτε το κεφάλι από ύψος) και το χτύπημα του κεφαλιού σας σε σκληρό αντικείμενο είναι δύο κοινές αιτίες τραυματισμού του κεφαλιού. Τραύματα από σφαίρες και άμεσα χτυπήματα στο κεφάλι, με αμβλύ ή οξύ όργανο, προκαλούν επίσης σοβαρούς και συχνά μοιραίους τραυματισμούς.

Επίσης, ένα τραύμα στο κεφάλι που κάνει ένα άτομο να χάσει ης αισθήσεις του, να τις ξαναβρεί και μετά να τις ξαναχάσει, πιθανόν να είναι επικίνδυνο. Το άτομο πρέπει τότε αμέσως να μεταφέρεται στο νοσοκομείο. Τα σημάδια αυτά μπορεί να είναι ένδειξη εσωτερικής αιμορραγίας στο κρανίο, που μπορεί να είναι μοιραία. Ένα επεκτεινόμενο αιμάτωμα στο κρανίο συμπιέζει τον εγκέφαλο και μπορεί να τον σπρώξει προς τα κάτω, αναγκάζοντας το στέλεχος του εγκεφάλου να σφηνωθεί στο νωτιαίο σωλήνα, προκαλώντας συνήθως θάνατο.

Άλλος ένας τραυματισμός του κεφαλιού είναι η διάσειση που προκαλείται από ξαφνικό τράνταγμα του εγκεφάλου μέσα στο κρανίο και μπορεί να επιφέρει προσωρινή απώλεια συνείδησης. Συμβαίνει συχνά μετά από συγκρούσεις σε αθλήματα επαφής όπως το ράγκμπι και το χόκεϊ.

Τα τραύματα λαιμού είναι επίσης ιδιαίτερα σοβαρά. Προκαλούνται συνήθως από αυτοκινητιστικά ατυχήματα, αθλητικές δραστηριότητες και πτώσεις. Ένα άμεσο χτύπημα στο λαιμό ή ένα ξαφνικό και βίαιο λύγιμά του προς τα εμπρός ή προς τα πίσω- μπορεί να προκαλέσει κάταγμα αυχενικών σπονδύλων και βλάβη στο νωτιαίο μυελό.

Τέλος, είναι το συνηθισμένο στραμπούληγμα ή αλλιώς διάστρεμμα που προκαλείται από προσωρινή μετατόπιση των οστών στο σημείο της άρθρωσης (αρθρικές επιφάνειες) με άμεση επαναφορά στην κανονική τους θέση. Κατά τον τραυματισμό προκαλείται μια προσωρινή μετατόπιση μεταξύ των αρθρικών επιφανειών. Όταν σταματήσει το εξωτερικό ερέθισμα, αυτές ξαναγυρίζουν στη θέση τους. Τα οστά δεν υφίστανται καμιά κάκωση, ενώ ο αρθρικός θύλακας και οι αρθρικοί σύνδεσμοι εξαιτίας των έλξεων και των τάσεων μπορούν να υποστούν κακώσεις μέχρι και

θλάση. Ο βαθμός σοβαρότητας του διαστρέμματος μπορεί να υπολογιστεί από το πόσο οι σύνδεσμοι μεταξύ των οστών έχουν μείνει: - ακέραιοι - έχουν υποστεί ρήξη αλλά όχι ολική ή έχουν ολική ρήξη. Ο αστράγαλος (άρθρωση κνήμης - ταρσού), το γόνατο, η ωμοπλάτη, ο καρπός και το μετατόρσιο είναι οι πιο ευπαθείς αρθρώσεις.

Άλλα πιο ελαφριά είδη πληγών είναι συχνοί καθημερινοί τραυματισμοί, τα μικροτραύματα που προκαλούνται με μηχανικό τρόπο. Οι μηχανικά προκαλούμενες πληγές ποικίλλουν ανάλογα με το είδος του τραυματισμού και διακρίνονται σε: κοψίματα, τρυπήματα, κακώσεις, σχισίματα, εκδορές, δαγκώματα και τσιμπήματα. Ένα εξειδικευμένο είδος μηχανικά προκαλούμενης πληγής είναι η χειρουργική τομή με τα παρεπόμενα ράμματα. Τα κοψίματα προκαλούνται από οξύ βίαιο πλήγμα (π.χ. όταν κόβουμε ψωμί, κρεμμύδια ή ντομάτες), συχνά αιμορραγούν και χαρακτηρίζονται από ελαφρώς διανοιγόμενα χείλη.

Τα τρυπήματα προκαλούνται από αιχμηρό βίαιο πλήγμα (π.χ. όταν ράβουμε) και χαρακτηρίζονται από περιορισμένη έκταση πληγής. Εάν υπάρχουν υπόνοιες για βαθιά διείδυση του τραύματος, απαιτείται ιατρική εξέταση για να διερευνηθούν τυχόν βλάβες σε υποκείμενες σωματικές κοιλότητες, π.χ. συνδέσμους, κοιλιακή χώρα κλπ.

Οι κακώσεις: προκαλούνται από αμβλύ βίαιο πλήγμα (π.χ. όταν κλείνουμε μια πόρτα), χαρακτηρίζονται από ακανόνιστο περίγραμμα πληγής και αιμορραγία στον παρακείμενο ιστό. Έχουν την τάση να σχηματίζουν ουλές. Οι εκτεταμένες κακώσεις χρήζουν επαγγελματικής ιατρικής φροντίδας ώστε να επουλώνονται καλύτερα.

Τα σχισίματα: (π.χ. όταν πριονίζουμε κάτι) προκαλούνται από την υπερβολική έκταση και τάνυση της ελαστικότητας των ιστών και χαρακτηρίζονται από ακανόνιστο περίγραμμα πληγής με αιχμηρές προεξοχές, αργή, σε πολλές περιπτώσεις, επούλωση και τάση σχηματισμού ουλής. Τα μεγάλης έκτασης σχισίματα απαιτούν χειρουργική εξομάλυνση των χειλών της πληγής και συρραφή της πληγής.

Και οι εκδορές: (π.χ. όταν ξύνουμε το δέρμα) είναι κατά κανόνα ακίνδυνες αλλά συχνά συνοδεύονται από επιμόλυνση των ανώτερων στοιβάδων του δέρματος. Οι εκτεταμένες εκδορές είναι πολύ επώδυνες καθώς ο τραυματισμός εκτείνεται στις πολυάριθμες νευρικές απολήξεις που υπόκεινται του δέρματος.

Βλάβες επίσης στο αναπνευστικό ,γαστρεντερικό και κεντρικό νευρικό σύστημα μπορούν να προκαλέσουν οι δηλητηριάσεις. Συμπτώματα όπως δύσπνοια μπορούν να προκληθούν από το αναπνευστικό ,πονοκέφαλοι από το κεντρικό νευρικό σύστημα και εμετοί από το γαστρεντερικό.Οι ουσίες που μπορούν να προκαλέσουν δηλητηρίαση είναι πολλές, όπως φάρμακα, γεωργικά φάρμακα, εντομοκτόνα, είδη καθαρισμού, ναφθαλίνη, μονοξειδίο του άνθρακα και πολλά άλλα.

Και τέλος σοβαρές βλάβες μπορεί να προκληθούν από τη φωτιά τα εγκαύματα και οι βλάβες της αναπνευστικής οδού. Τις περισσότερες φορές οι βλάβες είναι συνδυασμένες, με συνέπεια την επιβάρυνση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς.

Η φωτιά προκαλεί βλάβη στο δέρμα και έγκαυμα, το οποίο αναλόγως του βάθους της βλάβης, μπορεί να είναι πρώτου, δεύτερου ή τρίτου βαθμού .Οι βλάβες πρώτου βαθμού, δεν φυσαλιδοποιούνται από την αρχή, σε αντίθεση με τα βαθύτερα εγκαύματα, όπου προσβάλλονται βαθύτερες δομές (Μοσχοβακη, Σεπτέμβρης 2007).

Τα συμπτώματα, που είναι ποικίλα, όπως βήχας, δύσπνοια, πυρετός, αναπνευστική ανεπάρκεια, λιποθυμία, μπορεί να μην εμφανιστούν άμεσα, αλλά εντός ημερών και να οδηγήσουν στον θάνατο. Υπάρχουν περιπτώσεις που επιβάλλεται άμεσα διασωλήνωση. Ορισμένοι ευαίσθητοι οργανισμοί μετά από ένα σοβαρό επεισόδιο εισπνοής καπνών, παρουσιάζουν μόνιμη διαταραχή του αναπνευστικού συστήματος

Το παιδί λοιπόν δεν είναι δύο χέρια ή πόδια που δεν λειτουργούν φυσιολογικά, αλλά ένας σύνθετος οργανισμός, τα προβλήματα του οποίου χρειάζονται ολιστική αντιμετώπιση από ειδικούς και την υποστήριξη από την οικογένεια

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ο ψυχικός κόσμος του μικρού παιδιού διαφέρει από του ενήλικα. Το μικρό παιδί ζει σε ένα δικό του παιδικό κόσμο. Σκέπτεται, αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει όλα όσα συμβαίνουν με διαφορετικό τρόπο από ότι οι μεγάλοι. Δίνει ένα ιδιότυπο-παιδικό νόημα στην πραγματικότητα που το περιβάλλει. Ο ψυχισμός τους είναι εξαιρετικά ευάλωτος και ευαίσθητος σε εξωτερικές επιδράσεις, συγκροτείται μέσα στο πλέγμα των σημαντικών σχέσεων που συνάπτει. Μαζί με την οικογένεια, το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον θα προσδώσουν τις αποχρώσεις της τελικής ταυτότητας του ώριμου ενήλικου. Έτσι, η ικανοποιητική ανταπόκριση του περιβάλλοντος, ιδιαίτερα του οικογενειακού, στις πολύπλευρες ανάγκες του παιδιού και του εφήβου είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή και φυσιολογική ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη.

Κάθε άνθρωπος, σχεδόν, έχει νιώσει το συναίσθημα του φόβου. Τα άγχη και οι φοβίες είναι φυσιολογικά. Το άγχος ορίζεται ως “ανησυχία χωρίς προφανή λόγο”. Το άγχος κάνει κάποιον να θέλει να δραπετεύσει από μια κατάσταση το συντομότερο δυνατό. Η καρδιά χτυπάει γρήγορα, το σώμα αρχίζει να ιδρώνει και σύντομα νιώθει “πεταλούδες” στο στομάχι (Κουσινιώρη, 2008). Ο φόβος είναι μια φυσιολογική αντίδραση προσαρμογής απέναντι σε γεγονότα, που απειλούν την προσωπική ασφάλεια του ατόμου, μια αντίδραση απέναντι σε κάποιον πραγματικό ή φανταστικό κίνδυνο. Ο φόβος οδηγεί αμέσως τον οργανισμό σε δράση ενεργοποιώντας τους ομοιοστατικούς και προσαρμοστικούς του μηχανισμούς, για να αποφύγει έτσι τον κίνδυνο ή την απειλή. Χαρακτηριστικές αντιδράσεις του φόβου, σύμφωνα με μελέτες ειδικών ψυχολόγων, είναι η τάση για φυγή, για απομάκρυνση από την πηγή του φόβου, η ταχυκαρδία, τα ρίγη, η τρεμούλα, οι στομαχικές ανωμαλίες, η ξηρότητα του στόματος, η εφίδρωση των χεριών και ποικίλες άλλες αντιδράσεις.

Όσον αφορά τους τυπικούς φόβους της παιδικής ηλικίας αλλάζουν με τα χρόνια. Οι φόβοι αφορούν: αγνώστους, ύψη, σκοτάδι, ζώα, αίμα, έντομα και μοναξιά (ή καλύτερα εγκατάλειψη). Καθώς το παιδί μεγαλώνει, οι φόβοι του μεταβάλλονται, από τους απτούς και συγκεκριμένους, σε αόρατους και απροσδιόριστους (Καρατζίου, 2004). Παρατηρείται μια αύξηση του αριθμού των φόβων για το μυστηριώδες, το σκοτάδι, το να μένει το παιδί μόνο του, τους κακούς ανθρώπους, την απώλεια ή το θάνατο προσφιλών προσώπων ή

συγγενών, τα ατυχήματα, τους τραυματισμούς, το θάνατο και την ασθένεια, την ιατρική θεραπεία, τα νοσοκομεία, τα ψηλά μέρη, τη γελοιοποίηση και την προσωπική αποτυχία.

Έρευνες ειδικών έχουν δείξει, ότι τα κορίτσια έχουν περισσότερους φόβους από ό,τι τα αγόρια. Τα ευφυή παιδιά, επίσης, βιώνουν περισσότερους φόβους. Η διαφορά αυτή μετά το πέμπτο έτος εξαλείφεται. Μετά την ηλικία των επτά ετών, οι φόβοι αυτοί μειώνονται αισθητά και στο δέκατο έτος σχεδόν εξαφανίζονται. Μετά το δέκατο έτος οι φόβοι γίνονται πιο ρεαλιστικοί και αναφέρονται σε θέματα κυρίως της κοινωνικής ζωής, όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, η σχολική ή η επαγγελματική αποτυχία.

Μελέτες για τους φόβους της παιδικής ηλικίας δείχνουν, ότι οι φόβοι είναι τόσο συχνοί, τόσο κοινοί, ώστε να μπορεί να υποστηριχθεί, ότι είναι φυσιολογικό για τα παιδιά στα διάφορα στάδια της ανάπτυξής τους να φοβούνται το ένα ή το άλλο ερέθισμα. Παρά το γεγονός ότι ο φόβος, ως έναν βαθμό, είναι κάτι συνηθισμένο στην παιδική ηλικία, η σοβαρότητα των συγκεκριμένων φοβικών αντιδράσεων μπορεί να κριθεί μόνο από τις συνέπειες, που έχουν στην καθημερινή ζωή του παιδιού. Οι περισσότεροι φόβοι είναι παροδικοί και τις περισσότερες φορές απλώς ταραάζουν και αναστατώνουν, ενώ δεν εμποδίζουν καθόλου την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού.

Ο φόβος διαφέρει από τη φοβία. η φοβία είναι ο επίμονος υπερβολικός και αδικαιολόγητος φόβος, που συνδέεται με ένα αντικείμενο ή κατάσταση, που αντικειμενικά δεν είναι σπουδαία πηγή κινδύνου. Η ανησυχία στη φοβία εξαλείφεται, όταν το φοβογόνο ερέθισμα αποσυρθεί ή όταν το άτομο αποφύγει να έρθει σε επαφή με τη φοβογόνο κατάσταση. Έχουν καταγραφεί περισσότερα από διακόσια είδη φοβιών. Μερικά από τα πιο γνωστά είδη φοβιών είναι η κλειστοφοβία, η υψοφοβία, η ακροφοβία.

Συναφείς προς τις εκδηλώσεις φόβου είναι και οι αντιδράσεις άγχους. Η κύρια διαφορά ανάμεσα στο φόβο και στο άγχος είναι, ότι ο φόβος είναι μια σφοδρή και έντονη αντίδραση, η οποία προκαλείται από ένα συγκεκριμένο πραγματικό ερέθισμα, ενώ το άγχος είναι ένα γενικευμένο συναίσθημα και συνδέεται κυρίως με αναμενόμενο κίνδυνο, που θα μπορούσε να προκύψει. Το απλό άγχος και ο φόβος είναι φυσιολογικά ανθρώπινα συναισθήματα και εκδηλώνονται, όταν το άτομο αντιμετωπίζει πιεστικές καταστάσεις. Το άγχος διαφέρει και από τη φοβία, επειδή είναι μια ηπιότερη κατάσταση ανησυχίας και διαρκεί πολύ περισσότερο χρόνο από ό,τι η φοβία. Σχετικά με τη σωματοποίηση του άγχους, δηλαδή τις σωματικές εκδηλώσεις του, οι πιο συνήθεις είναι η κεφαλαλγία, οι στομαχόπονοι, η ναυτία, οι εμετοί και συχνά ένα αίσθημα αστάθειας. Αρκετές φορές

παρατηρείται συγχοουρία ή νυχτερινή ενούρηση. Το άγχος όμως εκδηλώνεται και μέσα από μεταμφιεσμένες συμπεριφορές που πολλές φορές οι γονείς είτε δεν τις αντιλαμβάνονται είτε δεν μπορούν να τις αντιμετωπίσουν σωστά. Κι αυτό είναι εντονότερο στα παιδιά βρεφικής και προσχολικής ηλικίας γιατί αδυνατούν να εκφράσουν ή να περιγράψουν με λόγια τα αισθήματά τους (Τσικουδη, 2007).

Πως δημιουργούνται όμως οι φόβοι; Η ανάπτυξη των φόβων, ασφαλώς, επηρεάζεται από την ιδιοσυγκρασία και τις προσωπικές εμπειρίες του παιδιού αφενός και αφετέρου από τις περιβαλλοντικές συνθήκες μέσα στις οποίες εμφανίζονται τα φοβικά ερεθίσματα. Τα παιδιά συνήθως μαθαίνουν να φοβούνται ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή ένα συγκεκριμένο καταστροφικό γεγονός αφού έχει προηγηθεί μια αρνητική εμπειρία ως προς αυτό, όπως για παράδειγμα δάγκωμα σκύλου ή ένα τροχαίο ατύχημα.

Καταστροφικό γεγονός είναι ένα ακραίο γεγονός που προκαλεί πολλαπλές απώλειες, έντονο τρόπο, φόβο, αίσθηση αδυναμίας και συχνά βιώνεται ως τραυματικό (π.χ. σεισμός, πυρκαγιά, πολύνεκρο ατύχημα)(Ανώνυμος, 2007). Κάθε καταστροφικό γεγονός επηρεάζει μικρούς και μεγάλους.

Η αντίδραση ενός παιδιού ή ενός εφήβου σε ένα καταστροφικό γεγονός εξαρτάται από το πόσο πολύ εκτέθηκε στο γεγονός ,αν απειλήθηκε η ζωή του ή η ζωή των δικών του (π.χ. αν εγκλωβίστηκε στη φωτιά) ,αν βίωσε απώλειες (π.χ. αν κάποιος δικός του πέθανε, αν αναγκάστηκε να αλλάξει σχολείο, τόπο κατοικίας, αν αποχωρίστηκε τους φίλους του),πόσο διαταράχθηκε η λειτουργία της οικογένειας και της κοινότητάς του ,πόσο κατανοεί τι έχει συμβεί και τι νόημα αποδίδει στο γεγονός ,πώς αντέδρασαν και αντιδρούν οι σημαντικοί άνθρωποι του περιβάλλοντός του, όπως οι γονείς, ο δάσκαλος του, κ.τ.λ. ,πόσο και με ποιον τρόπο στηρίζεται από το περιβάλλον .

Οι φυσιολογικές αντιδράσεις του παιδιού αμέσως μετά από ένα καταστροφικό γεγονός συνοδεύεται από συμπτώματα όπως είναι το σοκ, η ανασφάλεια , το άγχος, ο φόβος, δυσκολίες στον ύπνο, θλίψη, απομόνωση και θυμός. Επίσης μπορεί να εμφανίσει νευρική κατάσταση, αίσθημα ενοχής, δυσκολία συγκέντρωσης, μειωμένη απόδοση στο σχολείο, απόσυρση από δραστηριότητες που παλιότερα του άρεσαν, αβεβαιότητα για το μέλλον, σωματικές ενοχλήσεις (πονοκέφαλοι, στομαχόπονοι κ.ά.) .

Είναι φανερό ότι πονάει το σώμα μα και η ψυχή. Ειδικά μία τραγωδία όπως ένα τροχαίο δυστύχημα σημαδεύει όλους τους εμπλεκόμενους, μικρούς και μεγάλους. Δεν είναι μόνο οι ζωές που χάθηκαν ούτε τα τραύματα του σώματος αλλά και οι πληγές της ψυχής οι οποίες χρειάζονται θεραπεία.

Μία ψυχική διαταραχή που εκδηλώνεται μετά από ένα δυστύχημα είναι η διαταραχή του μετατραυματικού στρες. Η Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΣ) αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων.

Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΜΣ είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταράζουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος. Τραυματικά γεγονότα, που το άτομο τα βιώνει άμεσα, μπορεί να είναι πολεμικές μάχες, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές, σωματικές, ληστείες), απαγωγές, ομηρία, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυλακίσεις ή στρατόπεδα συγκεντρώσεως, φυσικές ή τεχνητές καταστροφές, σοβαρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή η διάγνωση μιας θανατηφόρας αρρώστιας.

Τραυματικά γεγονότα, στα οποία το άτομο μπορεί να ήταν μάρτυρας, μπορεί να είναι το να δει τον σοβαρό τραυματισμό ή τον θάνατο ενός ατόμου που να προήλθε από βίαια επίθεση, ατύχημα, πόλεμο ή φυσική καταστροφή ή να δει ξαφνικά ένα νεκρό ή μέλη νεκρού ατόμου.

Τραυματικά γεγονότα, που τα βίωσαν άλλοι και για τα οποία έμαθε το άτομο, μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις, σοβαρά ατυχήματα ή σοβαροί τραυματισμοί κάποιου μέλους της οικογένειας ή κάποιου στενού φίλου, ο ξαφνικός θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου, η πληροφόρηση ότι π.χ. το παιδί του έχει μια θανατηφόρο αρρώστια. Ίσως η ΔΜΣ είναι πιο σοβαρή όταν το τραυματικό γεγονός προέρχεται από ανθρώπινο σχεδιασμό (π.χ. βασανιστήρια, βιασμοί).

Συχνά τα άτομα με ΔΜΣ έχουν και άλλα συνοδά συμπτώματα, ιδιαίτερα αν το τραυματικό γεγονός είχε διαπροσωπική υφή (π.χ. σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, ομηρία, βασανισμός, αιχμαλωσία πολέμου ή σε στρατόπεδο συγκέντρωσεως κ.ο.κ.). Τέτοια είναι αισθήματα ενοχής (που επέζησε), αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, διασχιστικά συμπτώματα, αισθήματα ντροπής, εχθρικότητα, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα κ.ά. Επίσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για σύνοδες διαταραχές όπως Διαταραχή Πανικού, Αγοραφοβία, ΨΚΔ, Κοινωνική Φοβία, Ειδική Φοβία, Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Σωματοποιητική Διαταραχή και Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες (Δεν είναι σαφές, όμως, σε ποιο βαθμό οι διαταραχές αυτές προηγούνται ή ακολουθούν τη ΔΜΣ).

Πολλά άτομα με ΔΜΣ ξαναζούν επανειλημμένα το τραυματικό γεγονός με τη μορφή επαναβιώσεων (flashbacks), εφιαλτών, αναμνήσεων ή τρομακτικών σκέψεων. Φαίνεται ότι η έκθεση σε αντικείμενα ή γεγονότα σχετικά με το τραυματικό γεγονός μπορεί να πυροδοτεί αυτές τις κρίσεις. Συμπτώματα μπορεί επίσης να προκαλέσουν οι επέτειοι του γεγονότος.

Τα άτομα με ΔΜΣ επίσης παρουσιάζουν συναισθηματικό “μούδιασμα”, διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη, άγχος και ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού. Επίσης συχνά είναι τα έντονα συναισθήματα ενοχής. Τα περισσότερα άτομα με ΔΜΣ προσπαθούν να αποφύγουν κάθε στοιχείο ή σκέψη που να τους θυμίζει τη δοκιμασία που πέρασαν. Για να τεθεί διάγνωση ΔΜΣ τα συμπτώματα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον για 1 μήνα.

Το ΔΜΣ μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της παιδικής ηλικίας. Τα συμπτώματα τυπικά εμφανίζονται μέσα σε τρεις μήνες από το τραυματικό γεγονός, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις δεν ξεκινούν παρά μετά από πολλά χρόνια. Η σοβαρότητα και διάρκεια της νόσου ποικίλλει. Ορισμένα άτομα αναρρώνουν μέσα σε έξι μήνες, ενώ άλλα προσβάλλονται για πολύ περισσότερο χρόνο.

Οποσδήποτε το βασικό αιτιολογικό γεγονός που οδηγεί στη ΔΜΣ είναι το στρεσογόνο τραύμα. Καθώς, όμως, δεν παθαίνουν ΔΜΣ όλα τα άτομα που βιώνουν ένα μείζον τραυματικό γεγονός, θα πρέπει να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες. Ως τέτοιοι θεωρούνται η ηλικία του ατόμου (τα παιδιά π.χ. είναι πιο ευάλωτα), ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, ανεπαρκή ή κακά κοινωνικά στηρίγματα, οικογενειακό ιστορικό (θετικό για ΔΜΣ), εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, η προσωπικότητα του ατόμου και κυρίως η βαρύτητα και διάρκεια του τραυματικού

γεγονότος και η εγγύτητα του ατόμου προς αυτό (όσο πιο μεγάλες είναι τόσο πιο μεγάλη η πιθανότητα ανάπτυξης ΔΜΣ). Έτσι, ΔΜΣ μπορεί ν' αναπτυχθεί σε άτομα που δεν έχουν κανένα άλλο προδιαθεσικό γνώρισμα, εφόσον το στρεσογόνο γεγονός είναι ακραίου βαθμού.

Όσον αφορά την κατάθλιψη θα πρέπει να διαχωρίζεται από την κακοδιαθεσία και τις καθημερινές ανησυχίες που μπορεί να εμφανίσει ένα παιδί καθώς μεγαλώνει. Δεν σημαίνει ότι επειδή ένα παιδί δείχνει μελαγχολικό ή στενοχωρημένο, έχει και κατάθλιψη. Αν τα συμπτώματα αυτά όμως επιμένουν, το καθιστούν δυσλειτουργικό στην καθημερινότητα του και επηρεάζουν άμεσα στις κοινωνικές του δραστηριότητες, στα ενδιαφέροντα, στην σχολική ή στην οικογενειακή ζωή του, τότε το παιδί υποφέρει από την ασθένεια που λέγεται κατάθλιψη. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε όμως ότι ενώ η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ασθένεια, μπορεί να θεραπευτεί. Τα ΒΑΣΙΚΑ συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η μελαγχολία, ένα αίσθημα απελπισίας και οι απότομες αλλαγές στη διάθεση.

Άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης:

Εκνευρισμός και θυμός

Ακατάπαυστη λύπη και απελπισία

Κοινωνική απόσυρση

Αυξανόμενη ευαισθησία στην απόρριψη

Αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, υπερφαγία ή ανορεξία

Μεταβολές στον ύπνο, υπερυπνίες ή αϋπνίες

Λεκτικά ξεσπάσματα ή κλάματα

Δυσκολία στην συγκέντρωση

Κόπωση και μειωμένη ενεργητικότητα

Ενοχλήσεις όπως πονοκέφαλοι, ή στομαχόπονοι που δεν θεραπεύονται με φάρμακα

Μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες κατά την διάρκεια δραστηριοτήτων στο σπίτι ή με φίλους, στο σχολείο, σε εξωσχολικές δραστηριότητες, χόμπι

Αισθήματα αναξιότητας και ενοχής

Διαταραχή στη μνήμη και στη συγκέντρωση

Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονικός ιδεασμός

Άλλες συνηθισμένες παιδικές διαταραχές είναι η Διαταραχή Πανικού (Panic Disorder) που περιλαμβάνει περιόδους έντονων φόβων και αίσθησης συντέλειας. Ένα επεισόδιο μπορεί να διαρκέσει από μερικά λεπτά μέχρι αρκετές ώρες (Ανώνυμος, 2009). Ο πανικός μπορεί να προκαλέσει πόνο στο στήθος, ταχυπαλμία, δύσπνοια και φόβο ότι το άτομο χάνει τον έλεγχο ή ότι θα πεθάνει.

Φαίνεται λοιπόν ότι το παιδί είναι ιδιαίτερα ευάλωτο μετά από ένα τραυματικό γεγονός όπως ένα τροχαίο ατύχημα. Αρκετές φορές δεν είναι τραγωδία να πεθάνεις σε τροχαίο ατύχημα. Μεγαλύτερη ίσως τραγωδία είναι να παραμείνεις ζωντανός.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.2

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Ο γονέας σε σχέση με τα παιδιά έχει να παίξει ένα άκρως σημαντικό ρόλο και είναι δυνατόν να αισθάνεται κουρασμένος και ανασφαλής πολλές φορές σε σχέση με το γονικό έργο.

Η σχέση του με το παιδιά αυτά του είναι άκρως σημαντική και θεμέλιος λίθος της ψυχοσυναισθηματικής εξέλιξης τους.

Οι γονείς είναι τα πρώτα άτομα που επηρεάζονται μετά από ένα ατύχημα που συμβαίνει στο παιδί τους. Εμφανίζουν μία πληθώρα συμπτωμάτων όπως αγχώδεις διαταραχές , φοβίες, κατάθλιψη και διαταραχές ύπνου.

Στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή εμφανίζονται συμπτώματα υπερβολικού άγχους και ανησυχίας που το άτομο δυσκολεύεται να ελέγξει (Ψουνή , 2009). Το άγχος εμφανίζεται σχεδόν για όλες τις καθημερινές δραστηριότητες. Τα αίτια του άγχους συχνά δεν μπορούν να εντοπιστούν και προέρχονται από μη σημαντικές πηγές. Το άγχος που προκαλείται από συγκεκριμένη αιτία δεν αποτελεί χαρακτηριστικό της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Η καθημερινή ζωή του ατόμου επηρεάζεται από τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τα άτομα αυτά δεν μπορούν να συγκεντρωθούν και είναι ευερέθιστα. Επίσης μπορεί να εμφανίζουν σωματικά συμπτώματα άγχους, όπως πονοκεφάλους, ζαλάδες, πόνους, στομαχικές διαταραχές και τα οποία πολλές φορές θεωρούνται ως ασθένειες. Άλλα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι οι διαταραχές ύπνου, το αίσθημα κόπωσης και η μυϊκή ένταση.

Οι φοβίες και οι διαταραχές ύπνου είναι συχνό φαινόμενο μετά από ένα ατύχημα. Οι γονείς συχνά έχουν αϋπνίες λόγω του ότι ανησυχούν μήπως το παιδί ξαναπάθει κάτι παρόμοιο. Ακόμα φοβούνται υπερβολικά και αδικαιολόγητα πολλές φορές και υιοθετούν ακραίες συμπεριφορές απέναντι στα παιδιά τους. Αυτό προκαλεί στους γονείς ακόμη μεγαλύτερη ανησυχία και ευερεθιστότητα. Φοβούνται τους πάντες και τα πάντα. Αυτή η «ασπίδα προστασίας» μόνο καλό δεν κάνει στα παιδί. Μεταφέρουν στα παιδιά τους φόβους τους .

Δεν είναι λίγες οι φορές που ο γονιός εμφανίζει κατάθλιψη ύστερα από ένα τροχαίο ατύχημα, ειδικά όταν συμμετείχε σε αυτό το ίδιο του το παιδί . Ο γονιός κατακλύζεται από τύψεις και αισθήματα ενοχής που άφησε το παιδί του χωρίς προστασία ή που έφταιγε εκείνος για το ατύχημα.

Επίσης η απώλεια ενός παιδιού από κάποιο ατύχημα προκαλεί αναμφίβολα τεράστιο και αφόρητο πόνο στους γονείς .Ο θάνατος του αποτελεί ένα από τα πιο τραυματικά γεγονότα στη ζωή του γονιού. Αγχώδεις διαταραχές και ψυχολογικό στρες που προκαλείται από το θάνατο ενός παιδιού επηρεάζει σημαντικά την υγεία και τον τρόπο ζωής του .Μείωση σωματικής άσκησης, κάπνισμα, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η κακή διατροφή είναι αποτέλεσμα του χρόνιου αυτού στρες.

Οι γονείς λοιπόν θα πρέπει να διαθέτουν το απαραίτητο σθένος για να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις μετά από ένα παιδικό ατύχημα ειδικά εάν πρόκειται για ένα δυσάρεστο τραυματικό γεγονός όπως ένα τροχαίο. Δεν πρέπει να καταρρέουν ψυχολογικά γιατί αυτό επηρεάζει άμεσα την ψυχολογία του παιδιού . Το παιδί σε αυτή τη φάση χρειάζεται φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη.

Οι γονείς δεν πρέπει να φοβούνται να μιλήσουν για το τραυματικό γεγονός.

Αν το παιδί προκαλέσει συζήτηση πρέπει να το ακούσουν ,να απαντήσουν στις ερωτήσεις του και να το καθησυχάσουν. Ακόμα κι όταν δεν υπάρχουν εξηγήσεις μόνο η συζήτηση βοηθάει. Τα τραυματισμένα παιδιά έχουν ανάγκη από τρυφερότητα, αγάπη. Πρέπει οι γονείς να προσεχτικοί και μην διακόπτουν την δραστηριότητα του παιδιού. Να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του παιδιού όταν το ζητάει. Καλό είναι να μιλάνε με το παιδί.

Όσο περισσότερα ξέρουν τα παιδιά για το γιατί , το που ,το πότε και το πώς, τόσο πιο εύκολα κατανοούν τι έγινε. Το άγνωστο και το απροειδοποίητο δημιουργούν σύγχυση και άγχος. Πρέπει να είναι διαθέσιμοι να ακούνε τις επαναλαμβανόμενες αφηγήσεις του παιδιού για το γεγονός και να αποδέχονται τους φόβους του.

Το παιδί πρέπει να νιώθει προστατευμένο .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.3

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Το ατύχημα έχει κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις για την οικογένεια αλλά και για το θύμα, το παιδί. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν ένα σύνθετο κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα. Συμβαίνουν συνήθως σε άτομα νέων ηλικιών που αποτελούν ένα ιδιαίτερα ενεργό τμήμα του πληθυσμού. Μάλιστα για την κοινωνία αποτελούν οι επιπτώσεις από τα τροχαία δυστυχήματα καθώς εκτός από τους ανθρώπους που χάνονται, πολλοί είναι εκείνοι που αποκτούν μόνιμη αναπηρία.

Οι αναπηρίες είναι βαρύτερες και μόνιμες και είναι πολύ μεγάλο το ποσοστό των ανθρώπων που μένουν ανάπηροι μετά από τραυματισμό στο κεφάλι. Σε ότι αφορά στις ορθοπεδικές κακώσεις και αυτές οδηγούν σε αναπηρίες. Όμως και αυτές έχουν μακρύ χρόνο αποθεραπείας με σημαντικό κόστος στην ζωή του ασθενούς.

Πέρα από τις ακραίες συνέπειες του θανάτου ή των τραυματισμών, υπάρχουν και άλλες συνέπειες όπως οικονομικές. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η ελληνική οικονομία επιβαρύνεται περίπου 13.000.000 Ευρώ, (δηλαδή 4,5 δισεκατομμύρια δραχμές) σε δαπάνες, για την αποκατάσταση υλικών ζημιών, σωματικών βλαβών. επιβάρυνση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και το μεγάλο κόστος παραμονής στο νοσοκομείο.

Τέλος το κόστος επιβίωσης με αναπηρία από τροχαίο ατύχημα, είναι ασήκωτο για τον παθόντα αλλά και για το σύνολο της κοινωνίας. Η κοινωνία λοιπόν και ειδικότερα το κρατικό ταμείο, επιβαρύνεται όχι μόνο από τα εμφανή έξοδα νοσηλείας και διαβίωσης, αλλά και από τα επιπρόσθετα επιδόματα και συντάξεις αναπηρίας, αφού οι τραυματίες δεν μπορούν να εργαστούν, και να ενισχύσουν επομένως την εθνική οικονομία (Κυριακοπούλου, Παναγοπούλου, & λοιποί 2009).

Ο πόνος για την οικογένεια και τα θύματα είναι ανυπολόγιστος. Οι συνέπειες τόσο για τα θύματα όσο και για τις οικογένειες τους είναι βραχυπρόθεσμες και μακροχρόνιες. Οι αναπηρίες που προκύπτουν αλλά και η απώλεια ποιότητα ζωής είναι μία κατάσταση που προκαλεί μόνιμη ταλαιπωρία σε πολλούς.

Οι γονείς αναγκάζονται να βρουν και δεύτερη δουλειά προκειμένου να καλυφθούν τα έξοδα νοσηλείας και οι εξετάσεις. Ειδικά όταν το παιδί έχει τραυματιστεί ανεπανόρθωτα

και έχει ανάγκη εξυπηρέτησης είτε ο ένας από τους γονείς παραιτείται από τη δουλειά του για να φροντίσει το παιδί είτε χρειάζεται να δουλέψει περισσότερο ή ακόμα και να δανειστεί από συγγενείς για να καλύψει τα έξοδα μίας αποκλειστική νοσοκόμας ή του ιδρύματος που θα φιλοξενήσει το παιδί.

Ειδικά μία αγροτική οικογένεια είναι αναγκασμένη να μετακομίσει στην πόλη όπου υπάρχουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και θα μπορεί το παιδί να παρακολουθείται πιο συχνά και θα εξυπηρετείται καλύτερα.

Πολλές φορές λόγω του μετατραυματικού στρες που υπάρχει το παιδί αρνείται να γυρίσει στο τόπο που διέμενε και έγινε το ατύχημα και έτσι αναγκάζεται και πάλι η οικογένεια να μεταφερθεί αλλού. Έτσι υπάρχουν και τα έξοδα της μετακόμισης.

Από τα ατυχήματα υπάρχουν ακόμη επιπτώσεις και στην μόρφωση του παιδιού. Πολλές φορές το παιδί αναγκάζεται να διακόψει τη φοίτηση του στο σχολείο.

Όσον αφορά το τραυματισμένο παιδί νιώθει ευάλωτο και αποξενωμένο από τους γύρω του γιατί είναι έγκλειστο στο σπίτι ή σε ίδρυμα. Λόγω των πληγών στο σώμα του ή της αναπηρίας του από το ατύχημα νιώθει κοινωνικά αποκλεισμένο και καταπιεσμένο γιατί δεν μπορεί να εκτελέσει δραστηριότητες που έκανε πριν και επιπλέον οι συμμαθητές του ίσως δεν το αντιμετωπίζουν σαν ίσο τους και να τον βλέπουν ρατσιστικά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να έχει το παιδί τάσεις επιθετικότητας και φυγής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Κεφάλαιο 5.1

ΣΥΜΒΟΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Η διαμόρφωση και η διαπαιδαγώγηση του χαρακτήρα - και συγκεκριμένα ενός παιδιού - είναι αρκετά σοβαρή αλλά και δύσκολη υπόθεση. Κυρίως είναι κάτι για το οποίο δεν υπάρχουν πρότυπα ν' ακολουθήσουν οι γονείς ούτε κάποιες ρητές συμβουλές να εφαρμόσουν. Για τον κάθε γονιό η στάση που θα ακολουθήσει για να διαπαιδαγωγήσει όσο το δυνατόν καλύτερα τα παιδιά του, εξαρτάται από τις ηθικές αρχές με τις όποιες έχει μεγαλώσει και από τις ιδιαιτερότητες του χαρακτήρα του και η στάση αυτή πρέπει να ελίσσεται και να εναλλάσσεται ανάλογα με την προσωπικότητα του κάθε παιδιού καθώς και με τις ανάγκες της ηλικίας του

Οι γονείς πρέπει να συνειδητοποιήσουν από τη στιγμή της γέννησης των παιδιών τους ότι ο ρόλος τους στην αγωγή τους είναι πολύ σημαντικός για την μετέπειτα νοητική, συναισθηματική, ηθική και ψυχολογική ανάπτυξη των παιδιών.

Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς πρέπει με υπευθυνότητα και σύνεση να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα αγωγής που παρουσιάζονται στις διάφορες περιόδους ανάπτυξης του παιδιού, εφαρμόζοντας κοινή πορεία διαπαιδαγώγησης μετά από ουσιαστικό διάλογο.

Αυτή η κοινή πορεία διαπαιδαγώγησης θα 'ρθει όταν ανάμεσα στους γονείς υπάρχει ισοτιμία και ισοδυναμία ρόλων, όταν και οι δύο γονείς θεωρούν ισάξιους του εαυτούς τους ως προς την ανατροφή των παιδιών τους, όταν τα καθήκοντα μοιράζονται εξίσου στον πατέρα αλλά και στην μητέρα, χωρίς να υπάρχουν στερεότυπα ότι η μητέρα π.χ. είναι υπεύθυνη για την αγωγή των παιδιών ή ότι ο πατέρας είναι αυτός που θα φροντίσει την παροχή υλικών αγαθών στην οικογένεια.

Και οι δύο γονείς πρέπει να είναι παρόντες σ' όλες τις φάσεις ανάπτυξης των παιδιών τους, προσφέροντας σημαντική καθοδήγηση και αγωγή, η οποία διέπεται από δημοκρατισμό, φιλελευθερισμό και διάλογο, χωρίς να υπάρχει αυταρχισμός και έλλειψη ελευθερίας στην έκφραση του παιδιού.

Από όλα αυτά βγαίνει το συμπέρασμα ότι οι σημερινοί γονείς έχουν πολλές υποχρεώσεις κι ευθύνες έναντι των παιδιών τους. Η όσο γίνεται σωστή ανατροφή τους είναι πολύ

δύσκολη και απαιτεί σωστούς χειρισμούς και ιδιαίτερη στάση απέναντι στα προβλήματα των παιδιών.

Ο γονιός παρέχει φροντίδα και αγάπη αλλά το παιδί χρειάζεται πολύ περισσότερα από αυτά. Χρειάζεται μια καλή βάση για την ανάπτυξή του, και ένα καλό στήριγμα για τα όσα προβλήματά του και την ομαλή ένταξή του στην κοινωνία.

Το φαινόμενο της αγωγής είναι πανάρχαιο και πανανθρώπινο, αν και αλλάζει από εποχή σε εποχή.

Συγκεκριμένα αγωγή είναι το σύνολο των επιδράσεων που ασκούνται στο άτομο από το φυσικό και ανθρώπινο περιβάλλον από τη στιγμή της γέννησης και κατά τη διάρκεια της όλης ζωής του. Ειδικότερα, είναι η σκόπιμη και συστηματική επίδραση του ώριμου ανθρώπου πάνω στον νέο και η συμβολή στην ψυχοσωματική ανάπτυξή του, καθώς και στην προσαρμογή του στα δεδομένα και τις απαιτήσεις της εποχής του. Είναι δηλαδή η προσπάθεια να μεταδοθούν από τους μεγάλους στους μικρότερους, ή από έμπειρους σε άπειρους γνώσεις, δεξιότητες, εμπειρίες, συνήθειες και βασικά στοιχεία για την αντιμετώπιση της ζωής και των αναγκών του παιδιού ανάλογα με την ηλικία του και την ιδιοσυγκρασία του. Πρέπει να ασκείται πάντα με βάση τις ικανότητες του παιδιού με αλληλεπίδραση και ποτέ με εξαναγκασμό.

Η έννοια της αγωγής πρέπει να διαφοροποιείται από την έννοια της κοινωνικοποίησης.

Με τον όρο κοινωνικοποίηση εννοούμε την δημιουργία ενός ενιαίου λειτουργικού και ψυχοσωματικού όλου, δηλ. την δημιουργία του ατόμου. Σύμφωνα με τη θεωρία των ρόλων, κοινωνικοποίηση είναι η εκμάθηση των κοινωνικών ρόλων, η οποία κάνει ικανό το άτομο να ενεργεί και να μεταβάλλεται σ' ένα φορέα κοινωνικών συστημάτων και ρόλων κι έτσι να συμβάλλει στην αναπαραγωγή της κοινωνίας.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι η κοινωνικοποίηση είναι ευρύτερη έννοια από την αγωγή, μιας και η κοινωνικοποίηση συμπεριλαμβάνει τις συνειδητά προγραμματισμένες επιδράσεις για την εξέλιξη των προδιαθέσεων του παιδιού, το οποίο προσαρμόζεται στις αρχές και στις ανάγκες της κοινωνίας.

Στο αυτοκίνητο τα παιδιά πρέπει να κάθονται στο ειδικό καρεκλάκι ή δεμένα με τις ζώνες ασφαλείας στο πίσω κάθισμα. Το παιδί στην ηλικία των 5- 9 χρονών έχει ωριμάσει αρκετά και επομένως διατρέχει μικρότερο κίνδυνο για ατυχήματα από ότι στις μικρότερες ηλικίες. Έχει όμως περισσότερο θάρρος, θέλει να ταυτιστεί με ήρωες από τα βιβλία και την τηλεόραση, θέλει να επισύρει την προσοχή και τον θαυμασμό και υπερεκτιμά τις

ικανότητές του. Τα συχνότερα ατυχήματα σ' αυτές τις ηλικίες είναι, τα τροχαία, η πτώση από ύψος και ο πνιγμός.

Το παιδί πρέπει να μάθει τους κανόνες οδικής κυκλοφορίας, τη σωστή χρήση αιχμηρών και άλλων επικίνδυνων αντικειμένων. Σε μια χώρα που περιβάλλεται από θάλασσα είναι ανεπίτρεπτο να μην μάθει κολύμπι. Ακόμα λιγότερους κινδύνους ατυχήματος διατρέχει το παιδί μετά το δέκατο έτος της ηλικίας του. Εάν μάλιστα έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα ο κίνδυνος μπορεί να αποτραπεί τελείως.

Η πρόληψη των ατυχημάτων και των δηλητηριάσεων κατά την παιδική ηλικία απαιτεί πρόβλεψη, χρόνο και πειθαρχία. Πρόβλεψη των πιθανών κινδύνων, χρόνο για επαγρύπνηση και πειθαρχείες ώστε να μάθει το παιδί μέχρι ποίου σημείου μπορεί να φτάσει. Η ήπια, σταθερή και λογική πειθαρχία είναι τόσο απαραίτητη για το αίσθημα ασφάλειας του παιδιού όσο και για τη ζωή του (Gender and society n.d.).

Κεφάλαιο 5.1.1

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Εισαγωγή

Τα ατυχήματα που συμβαίνουν στο περιβάλλον του σπιτιού είναι δεύτερα σε συχνότητα, μετά τα τροχαία ατυχήματα (Γκούβρα, Κυρίδης και Μαυρικάκη 2005). Δεδομένου ότι το σπίτι είναι το μέρος όπου τα παιδιά ξοδεύουν τον περισσότερο από τον χρόνο τους, εκεί εμφανίζονται οι περισσότεροι τραυματισμοί, ειδικά μεταξύ των μικρότερων παιδιών. Οι Waisman και συν. (2005) βρήκαν ότι οι ασθενείς που αξιολογήθηκαν ήταν ηλικίας 0 έως 14 ετών και ότι το 51.9% των τραυματισμών πραγματοποιήθηκε στο σπίτι και πως όσο πιο μικρό είναι το παιδί, τόσο υψηλότερη η συχνότητα των οικιακών ατυχημάτων (Paes & Gaspar 2005).

Για να είναι αποτελεσματική η πρόληψη τέτοιου είδους ατυχημάτων, θα πρέπει να προσδιοριστούν τα δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του χωροχρόνου εκδήλωσης των ατυχημάτων και των ατόμων που συνήθως εμπλέκονται σε αυτά. Για παράδειγμα, η χρήση συγκεκριμένων χώρων και οι τεχνικές και μορφολογικές ιδιότητές τους (κλιμακοστάσια, ολισθηρά πατώματα κ.ά.), η ηλικία των χρηστών (νήπια, προσχολικά παιδιά), καθώς και η συχνότητα ή η εποχικότητα χρήσης συγκεκριμένων οικιακών

συσκευών, ουσιών ή χώρων (εντομοκτόνα, βεράντες κ.ά.) είναι σε θέση να διαμορφώσουν συνθήκες ατυχημάτων (Γκούβρα, Κυρίδης και Μαυρικάκη 2005).

Στην ηλικία αυτή τα ατυχήματα συμβαίνουν συνήθως σε περιβάλλον που ελέγχεται από γονείς με αποτέλεσμα η συχνότητά τους να μπορεί να μειωθεί τόσο με την δημιουργία ασφαλέστερων προϊόντων και συνθηκών περιβάλλοντος όσο και με ειδική εκπαίδευση των γονιών για αποτελεσματική εποπτεία.

Οι πτώσεις, τα εγκαύματα, οι ηλεκτροπληξίες, η πνιγμονή και ο πνιγμός είναι οι κυριότερες αιτίες των οικιακών ακούσιων τραυματισμών μεταξύ των ατόμων ηλικίας λιγότερο από 15 ετών στις ΗΠΑ. Από το 1992 ως το 1999, υπήρξε ένας μέσος όρος 146.970 θάνατων από τους τραυματισμούς στις ΗΠΑ, και 20% εκείνων των τραυματισμών πραγματοποιήθηκαν στο σπίτι. Μεταξύ των παιδιών και των εφήβων ηλικίας μέχρι 14 έτη, υπήρξε ένας μέσος όρος 2.096 θανάτοι από τους οικιακούς ακούσιους τραυματισμούς. Οι Hambidge et al. βρήκαν ότι το 79% των περιπτώσεων των τραυματισμών μεταξύ των παιδιών ηλικίας μέχρι πέντε ετών, που αντιμετωπίστηκαν στα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εμφανίστηκαν στο σπίτι .Οι Gaspar et al. αξιολογώντας τους ασθενείς ηλικίας 0 έως 19 ετών, που είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο λόγω των εξωτερικών αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας, ανακάλυψαν ότι το 39.1% των τραυματισμών είχε πραγματοποιηθεί στο σπίτι (Paes & Gaspar 2005).

Οι Çekin et al. παρατήρησαν ότι οι οικιακοί τραυματισμοί αποτέλεσαν το 24.3% του συνολικού αριθμού των θανάτων, ο οποίος προκλήθηκε κυρίως από τις πτώσεις από στέγες και τις βεράντες , τα εγκαύματα, τις ηλεκτροπληξίες , τους πνιγμούς και τις δηλητηριάσεις. Επομένως αν και το σπίτι μοιάζει να είναι ένας ασφαλής χώρος όπου τα ατυχήματα δεν έχουν θέση πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν στο σπίτι και είναι οι γονείς που έχουν την αποκλειστική ευθύνη για την πρόληψή τους.

Μέτρα πρόληψης των πτώσεων

- Δεν πρέπει να υπάρχουν χαλάκια σε κανένα σημείο του σπιτιού, ειδικά μπροστά από τις σκάλες. Καθώς το παιδί τρέχει, μπορεί να πέσει και να χτυπήσει (Ψάλτη 2008).
- Η σκάλα είναι από τους σοβαρότερους τραυματισμούς στο σπίτι. Πρέπει να υπάρχουν πόρτες ασφαλείας στη βάση και στην κορυφή της σκάλας. Ακόμη χρειάζεται να έχει κουπαστή και η απόσταση ανάμεσα στα κάγκελα να είναι μικρή

ώστε να μην χωράει το κεφάλι του παιδιού. Εάν τα σκαλοπάτια είναι ολισθηρά, τοποθετήστε αντιολισθητικές ταινίες (Ψάλτη 2008).

- Σύμφωνα με την μελέτη Britton :
 - 1) Πρόληψη όταν περπατούν τα παιδιά ή τρέχουν:
 - α) Πρέπει να κρατήσετε τα παιχνίδια και άλλα αντικείμενα μακριά από το πάτωμα.
 - β) Οι κουβέρτες πρέπει να σταθεροποιηθούν με διπλής όψεως κολλητική ταινία ή να ευθυγραμμιστούν με αντιολισθητικό λάστιχο.
 - γ) Αν οποιαδήποτε υγρή ουσία πέσει στο πάτωμα, πρέπει να σκουπιστεί αμέσως.
 - 2) Για την πρόληψη των πτώσεων από τα σκαλοπάτια:
 - α) Μην αφήνετε ποτέ αντικείμενα στα σκαλοπάτια.
 - β) Η χρήση περπατούρας μωρών αντενδείκνυται .
 - 3) Πρόληψη των πτώσεων από το κρεβάτι:
 - α) Αποφύγετε να παίζεται επικίνδυνα παιχνίδια πάνω στο κρεβάτι.
 - β) Τα παιδιά που είναι μικρότερα από έξι ετών δεν θα πρέπει ποτέ να κοιμούνται πάνω σε ψιλή κουκέτα.
 - 4) Πρόληψη των πτώσεων από τα παράθυρα και τις βεράντες:
 - α) Εγκαταστήστε συσκευές ασφάλειας στα παράθυρα
 - β) Μην τοποθετήσετε ποτέ κούνια μωρού ή οποιοδήποτε έπιπλο δίπλα στο παράθυρο.
 - γ) Μην επιτρέψετε ποτέ στα παιδιά να παίζουν πάνω σε μεταλλικές σκάλες εξόδου, στις στέγες και τις βεράντες (Paes & Gaspar 2005).
 - Όταν έχετε τζαμόπορτες μεγάλες, π.χ. στα μπαλκόνια να βάζετε 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 νόμιζε ότι η πόρτα είναι ανοιχτή και έπεσε με ορμή επάνω της με αποτέλεσμα να σπάσει το τζάμι (Τσελίκας 1999).

- Τα μπαλκόνια πρέπει να έχουν τα κατάλληλα προστατευτικά κάγκελα και να μην αφήνετε καρέκλες ή άλλα πράγματα κοντά στα κάγκελα, γιατί τα παιδιά ενστικτωδώς ανεβαίνουν επάνω και σκύβουν. Κατάλληλα κάγκελα είναι όσα έχουν ύψος 80 εκατοστά 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 μη χωράει ένα παιδικό κεφάλι (Τσελίκας 1999).
- Η εγκατάσταση των μέτρων προστασίας στα παράθυρα μπορεί να μειώσει την επίπτωση των πτώσεων από εκείνη την περιοχή (Kendrick 1994).
- Να μην αφήνετε στη μέση έπιπλα γιατί τα παιδιά τρέχουν αστόχαστα και χτυπούν ή σκοντάφτουν. Ιδίως πρέπει να ρυθμίσετε έτσι το καλώδιο του σίδερου ή άλλα καλώδια ώστε να μην αιωρούνται στη μέση του δωματίου και σκοντάφτουν τα παιδιά (Τσελίκας 1999).
- Να δένετε πάντοτε το παιδί στο καρεκλάκι, ειδάλλως μπορεί να σηκωθεί και να πέσει. Να τοποθετείτε επίσης , το καρεκλάκι του μωρού (ριλάξ) σε χαμηλά σημεία ή στο πάτωμα και όχι στον καναπέ ή στο τραπέζι, από όπου μπορεί να πέσει (Ψάλτη 2008).
- Ακόμη το καρεκλάκι να μην βρίσκεται κοντά στο τραπέζι γιατί μπορεί το μωρό κλωτσώντας, να πέσει μαζί με το καρεκλάκι του (Τσελίκας 1999).
- Όταν τρώτε φρούτα ή τα παιδιά σας δεν πρέπει ποτέ να πετάτε τα φλούδια κάτω, όχι μόνο για λόγους καθαριότητας, αλλά και για την πρόληψη γλιστρήματος και πτώσεως που στην περίπτωση αυτή έχει ιδιαίτερα βαριές συνέπειες (Τσελίκας 1999).
- Όταν ανεβαίνει το παιδί σε καρέκλα αυτό αποτελεί σήμα κινδύνου. Ακόμη και οι ενήλικοι όταν βρίσκονται πάνω σε καρέκλα ή σκάλα χωρίς τη βοήθεια άλλου προσώπου για να κρεμάσουν την κουρτίνα ή να πάρουν κάτι από το πατάρι ή να αλλάξουν μια λάμπα πρέπει να θυμούνται ότι είναι ένας από τους συχνότερους τρόπους που μπορεί να πέσει κανείς στο σπίτι και να έχει άσχημα κατάγματα. Οι γονείς δίνουν έτσι ένα κακό παράδειγμα στα παιδιά, τα οποία προσέχουν περισσότερο τι κάνουν οι γονείς τους παρά τι τους λένε (Τσελίκας 1999).

- Όλοι μπορούν να γλιστρήσουν στο σπίτι όταν το πάτωμα είναι γυαλισμένο ή όταν υπάρχουν μικρά χαλάκια ή όταν υπάρχει ένα σκαλοπάτι μεταξύ δύο δωματίων ή μεταξύ του λουτρού και του διαδρόμου. Τα παιδιά υπόκεινται στον ίδιο κίνδυνο (Τσελίκας 1999).
- Όλοι κινδυνεύουν από απότομο πέσιμο και κάταγμα όταν γλιστράει ο πυθμένας της μπανιέρας. Χρήσιμες είναι κάποιες λαστιχένιες προσθήκες για τη μπανιέρα(Τσελίκας 1999).
- Λόγω του ότι το κρεβάτι των γονιών είναι πολύ μεγαλύτερο από τα παιδιά είναι πολύ δελεαστικό για αυτά. Θα πρέπει να καλύψουν τις γωνίες από τα κομοδίνα ,ώστε να μην τραυματιστεί το παιδί σε ενδεχόμενη πτώση. Επίσης πρέπει να φροντίσουν να μην υπάρχουν γύρω από το κρεβάτι αντικείμενα τα οποία θα τραυματίσουν το παιδί σε περίπτωση πτώσης (Ψάλτη 2008).
- Εάν το παιδί ψηλώσει τόσο ώστε να μπορεί να σκαρφαλώσει πάνω από τα κάγκελα του παιδικού κρεβατιού του, είναι η κατάλληλη ώρα να το μεταφέρουν σε κανονικό κρεβάτι στο οποίο πρέπει να τοποθετήσετε το ειδικό προστατευτικό πλέγμα για να το προφυλάξετε από πιθανή πτώση (Ψάλτη 2008).

Ο Dedoukou και λοιποί. επισημαίνουν ότι τα μικρά παιδιά πρέπει να εποπτεύονται από τους ενηλίκους προσεκτικά , οι οποίοι μπορούν κατάλληλα να επιλέξουν τα κομμάτια του εξοπλισμού και να κάνουν τις απαραίτητες αλλαγές για την ασφάλεια των μωρών (Paes & Gaspar 2005).

Εγκαύματα

Τα εγκαύματα στην παιδική ηλικία παραμένουν ακόμη και σήμερα ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου.

Αποτελούν σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας, ιδιαίτερα σε ηλικίες μικρότερες των 5 χρονών. Κατατάσσονται, τα τελευταία 20 χρόνια, ως η δεύτερη αιτία θανάτου για παιδιά ηλικίας κάτω των 4 χρονών στις Η.Π.Α. και τρίτη αιτία για παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας. Σύμφωνα με αρκετές επιδημιολογικές μελέτες, φαίνεται ότι το παιδικό έγκαυμα έχει σχέση με την ηλικία και το φύλο. Συγκεκριμένα, τα περισσότερα εγκαύματα συμβαίνουν σε παιδιά ηλικίας 1-5 χρονών, ενώ η συχνότητα εγκαυματικής

νόσου είναι διπλάσια στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Η αιτιολογία ποικίλει. Σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των τριών χρονών συχνότερη αιτία είναι τα καυτά υγρά ενώ σε παιδιά ηλικίας άνω των τριών χρόνων είναι τα εγκαύματα από φλόγα (Μάτζιου 2008).

Τα εγκαύματα είναι ένας τύπος τραυματισμού που εμφανίζεται κυρίως στο σπίτι, ειδικά στην κουζίνα και έχει επιπτώσεις κυρίως σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 2 και 4 ετών. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Drago με θύματα εγκαυμάτων από 0 έως 5 ετών που έδειξαν ότι το 33.9% των εγκαυμάτων είχε συμβεί στο πρώτο έτος της ηλικίας και 20% στο δεύτερο έτος, συμπληρώνοντας συνολικά 53.9% των εγκαυμάτων μεταξύ των παιδιών ενός και δύο ετών (Paes & Gaspar 2005).

Πολλά ατυχήματα με συνέπεια τα εγκαύματα μπορούν να προληφθούν. Οι Sorenson (1974) έδειξαν ότι η συναρμολόγηση μιας κλειδαριάς ασφάλειας στις μηχανές πλυντηρίων αυτοεξυπηρέτησης, η χρήση ενός άθραυστου αρσενικού ρευματολήπτη στις ηλεκτρικές σκούπες, και ο ανασχεδιασμός των φίλτρων του καφέ οδήγησαν σε δραματικές μειώσεις του αριθμού των εγκαυμάτων που συνδέονται με αυτά τα προϊόντα (Langley, Dodge & Silva 1979).

Μέτρα πρόληψης εγκαύματος

- Να βάζετε πάντα την προστατευτική σήτα μπροστά στο τζάκι όταν είναι αναμμένο (Ψάλτη 2008).
- Ντύνετε τα παιδιά με βαμβακερά ρούχα και μεγέθη ανάλογα με την ηλικία τους. Τα νάιλον, ζέρσεϊ φαρδιά ρούχα αρπάζουν εύκολα φωτιά από οποιαδήποτε εστία θερμότητας (Μάτζιου 2008).
- Η λαβή της κατσαρόλας ή του μπρικιού δεν πρέπει να εξέρχεται από τη συσκευή της κουζίνας. Είναι καλύτερα το χέρι της κατσαρόλας ή του μπρικιού που βράζει να είναι στραμμένο πάντα προς το εσωτερικό της κουζίνας γιατί τα μικρά παιδιά το τραβάνε και περιχύνονται. Καλύψτε τα μάτια της κουζίνας με ειδικά καπάκια και αν χρειαστεί, βάλτε στον ηλεκτρολογικό πίνακα του σπιτιού τον ειδικό διακόπτη που θα απομονώσει τη λειτουργία της ηλεκτρικής κουζίνας (Ψάλτη 2008).
- Όταν πάρει φωτιά το λάδι του τηγανιού, πρέπει να το σβήσουμε ψύχραιμα με ένα καπάκι ή κάτι που θα σταματήσει τη φλόγα. Κάθε τι άλλο είναι πολύ επικίνδυνο όπως το να πάτε το τηγάνι φλεγόμενο στο νεροχύτη (Τσελίκας 1999).

- Μην επιτρέπετε στα παιδιά να παίζουν με σπέρτα και αναπτήρες. Τα αντικείμενα αυτά πρέπει να θεωρούνται εργαλεία (Μάτζιου 2008). Είναι πιθανότερο το παιδί να καεί παίζοντας με τον αναπτήρα παρά ακουμπώντας το αναμμένο μάτι της ηλεκτρικής κουζίνας (Ψάλτη 2008). Τα παιδιά πρέπει να διδάσκονται να τα προσέχουν, όπως τα μαχαίρια, τα ψαλίδια και άλλα κοφτερά αντικείμενα (Μάτζιου 2008).
- Αναφέρθηκαν περιπτώσεις που κάποιο 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. Οι γονείς θα πρέπει να αποφύγουν αυτή την πρακτική ή καλύτερα δεν θα αγοράσουν πλαστικά μπουκάλια με οινόπνευμα (Τσελίκας 1999).
- Να συντηρείτε σωστά τις ηλεκτρικές συσκευές (Μάτζιου 2008).
- Δείξτε ιδιαίτερη προσοχή στο φούρνο μικροκυμάτων. Όταν ζεσταίνετε φαγητό το σκεύος παραμένει κρύο, ενώ το περιεχόμενο είναι καυτό. Εύκολα μπορεί κάποιος να παρασυρθεί και να δώσει στο παιδί καυτό φαγητό ή γάλα, αν προηγουμένως δεν το έχει δοκιμάσει (Μάτζιου 2008).
- Μην τοποθετείτε σκεύη με καυτό περιεχόμενο στην άκρη του τραπεζιού (Μάτζιου 2008).
- Στο τραπέζι τα τρόφιμα θα πρέπει να τοποθετηθούν στο κέντρο χωρίς να χρησιμοποιήσετε τραπεζομάντιλο διότι το παιδί μπορεί να το τραβήξει με αποτέλεσμα να τραυματιστεί ή να πάθει κάποιο έγκαυμα. Προτιμείστε τα ατομικά σερ φαγητού (Μάτζιου 2008).
- Μην μεταφέρετε δοχείο με καυτό περιεχόμενο πάνω από το κεφάλι του παιδιού (Μάτζιου 2008).
- Μην χρησιμοποιείτε τις πρόσθιες εστίες θέρμανσης της κουζίνας για μαγείρεμα, όταν στο σπίτι υπάρχουν μικρά παιδιά (Μάτζιου 2008).
- Σύμφωνα με τον Mukerji et al., τα νέα παιδιά δεν θα πρέπει να τα αφήνετε στην κουζίνα, αν αυτό είναι απαραίτητο, πρέπει να είναι συνεχώς σε επίβλεψη (Paes & Gaspar 2005).

- Μην αποθηκεύσετε βενζίνη ή άλλα εύφλεκτα υγρά μέσα στο σπίτι. Αν είναι απαραίτητα τοποθετήστε τα σε καλά σφραγισμένα δοχεία και σε χώρους κλειδωμένους έξω από το σπίτι (Μάτζιου 2008).
- Σε περίπτωση ανάφλεξης βενζίνης στο υπόγειο, δεν πρέπει να βγαίνει κανείς έξω σκύβοντας, όπως θα έκανε σε κάθε άλλη περίπτωση. Ο καπνός της βενζίνης έχει την ιδιότητα να πηγαίνει χαμηλά και όχι ψηλά (Μάτζιου 2008).
- Επιθεωρείτε συχνά το σπίτι για να ανακαλύπτετε πιθανές αιτίες μελλοντικής πυρκαγιάς (Μάτζιου 2008).
- Σχεδιάστε τρόπο δραπετεύσης σε περίπτωση εκτεταμένης πυρκαγιάς (Μάτζιου 2008).
- Τα μικρά παιδιά συχνά δεν ξέρουν τι να κάνουν όταν ο ανιχνευτής καπνού ηχεί και μπορεί να τρομάξουν από το θόρυβο, ως αποτέλεσμα, αυτά τα παιδιά να συνεχίζουν να είναι σε υψηλό κίνδυνο τραυματισμού και θανάτου στις πυρκαγιές του σπιτιού. Το AAP προτείνει συμβουλευοντας τους γονείς σχετικά με την πρόληψη πυρκαγιάς (π.χ., επαρκής επίβλεψη των παιδιών, χρήση των συναγερμών καπνού, να διδάξει τα μικρά παιδιά τι να κάνει όταν ο συναγερμός του καπνού ακουστεί) (Schnitzer 2006).
- Μην πίνετε καυτό ρόφημα όταν κρατάτε το παιδί στην αγκαλιά σας (Μάτζιου 2008).
- Μειώστε τη θερμοκρασία του νερού του θερμοσίφωνα σε < 50 βαθμούς Κελσίου (Μάτζιου 2008).
- Δοκιμάστε πάντα τη θερμοκρασία του νερού πριν το παιδί ανοίξει τη βρύση (Μάτζιου 2008). Στο μπάνιο θα βάζετε πρώτα το κρύο νερό και μετά το ζεστό, για να μην προλάβει το παιδί και μπει στη μπανιέρα όταν έχει μόνο ζεστό νερό και πάθει έγκαυμα. (Τσελίκας 1999)
- Μην αφήνετε το παιδί μικρής ηλικίας να κάνει μόνο του μπάνιο (Μάτζιου 2008).
- Μην αφήνετε στο σπίτι μικρά παιδιά χωρίς επιτήρηση (Μάτζιου 2008).
- Οι ανιχνευτές καπνού μπορούν να ελαττώσουν τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα από τις πυρκαγιές (Kendrick 1994).

- Οι ελεύθεροι ανιχνευτές καπνού μπορούν να εγκατασταθούν πάνω από 90% των σπιτιών και να είναι ακόμα λειτουργικοί ένα χρόνο μετά σε 88% των σπιτιών (Kendrick 1994).
- Η εκπαίδευση των γονέων μπορεί να οδηγήσει σε μια μείωση των θερμοκρασιών των βρυσών του ζεστού νερού στο σπίτι (Kendrick 1994).

Δηλητηριάσεις

Η δηλητηρίαση συνεχίζει να είναι η κύρια αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο σχετικά με τους τραυματισμούς μεταξύ των μικρών παιδιών, ακόμα και μετά από την υλοποίηση σκευάσματος του νόμου πρόληψης δηλητηριών του 1970. Το AAP προτείνει ενάντια στη χρησιμοποίηση σιροπιού από το φυτό *cephalis ivercacuaha*, το οποίο δεν είναι αποτελεσματικό αφαιρώντας εντελώς το δηλητήριο από το στομάχι. Το σιρόπι του *ivercac* συχνά παρέχεται όταν αντενδείκνυται ή δεν είναι απαραίτητο, και μπορεί να οδηγήσει στον ανυπάκουο εμετό που απαγορεύει τη χρήση άλλων σιροπιών από το στόμα που δόθηκαν οι θεραπείες του δηλητηρίου, όπως ενεργοποιημένος ξυλάνθρακας και ακετυλοκυστεΐνη (Schnitzer 2006).

Μια άλλη ατελέσφορη στρατηγική πρόληψης δηλητηριών για τα μικρά παιδιά είναι η χρήση των αυτοκόλλητων ετικετών προειδοποίησης δηλητηριών του «κ. Yuk». Αυτές οι αυτοκόλλητες ετικέτες επιδεικνύουν ένα πράσινο κατσούφικο πρόσωπο με μια προεξοχή της γλώσσας και σχεδιάστηκε για να τοποθετηθεί πάνω σε επικίνδυνες ουσίες για να αποθαρρύνει τα παιδιά να κρατούνε τα εμπορευματοκιβώτια ή να λάβουν το δηλητήριο. Εντούτοις, οι μελέτες έχουν παρουσιάσει ότι παρέχοντας τις αυτοκόλλητες ετικέτες στις οικογένειες με μικρά παιδιά δεν μειώνουν τον κίνδυνο της δηλητηρίασης. Επιπλέον, το μαρκάρισμα των εμπορευματοκιβωτίων με τις αυτοκόλλητες ετικέτες δεν αποτρέπουν τα μικρά παιδιά από το να τα αγγίζουν, να τα κρατάν, ή η προσπάθεια να ανοίξουν το επονομαζόμενο εμπορευματοκιβώτιο (Schnitzer 2006).

Σύμφωνα με μία από τις μελέτες των Mull, Argan, Winn, και Anderson (1999), οι οποίοι μελέτησαν την έκθεση οικιακής δηλητηρίασης μεταξύ των παιδιών των μεξικανών μητέρων, σημείωσαν ότι τα παιδιά ήταν εκτεθειμένα στη δηλητηρίαση σε 80% των σπιτιών σ' αυτήν τη μελέτη. Οι οικιακές χημικές ουσίες και τα φάρμακα αποθηκεύτηκαν σε προφανή θέα σε ανοικτά ράφια, στα ράφια των παραθύρων, ή σε επιτραπέζιες κορυφές. Πολλές από τις οικογένειες σε αυτήν την μελέτη (76%) μοιραζόντουσαν τα σπίτια με

άλλους ανθρώπους , και οι μητέρες που έζησαν σε μοιρασμένα καταλύματα είπαν ότι ήταν δύσκολο να ελέγξουν που οι άλλοι άνθρωποι αποθήκευαν τα φάρμακα και τα καθαριστικά προϊόντα (Gallagher et al. 2009).

Μέτρα πρόληψης των δηλητηριάσεων

- Τα φάρμακα που δεν χρησιμοποιούνται ή που δεν είναι πλέον απαραίτητα πρέπει να τα πετάξετε με ασφάλεια. (Paes & Gaspar 2005).
- Τα μπουκάλια φαρμάκων πρέπει να είναι κλειστά μετά από κάθε χρήση με ένα κάλυμμα ασφαλή για τα παιδιά (Paes & Gaspar 2005).
- Μην πείτε ποτέ σε ένα παιδί ότι τα φάρμακα είναι γλυκά (Paes & Gaspar 2005).
- Οι τοξικές ουσίες και τα φάρμακα πρέπει να κρατηθούν στην αρχική τους συσκευασία, δηλ., δεν πρέπει ποτέ να μεταφερθούν σε μια άλλη φιάλη, μπουκάλι, κ.λ.π. (Paes & Gaspar 2005).
- Τα προϊόντα που μπορούν ενδεχομένως να προκαλέσουν δηλητηρίαση πρέπει να κρατηθούν πέρα από την προσιτότητα των παιδιών (Paes & Gaspar 2005).
- Οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν τα παιδιά πρέπει να καθοδηγήσουν τους γονείς στο πώς να αποτρέψουν τις δηλητηριάσεις (Paes & Gaspar 2005).
- Το σιρόπι του ipeak δεν συστήνεται για οικιακή χρήση (Paes & Gaspar 2005).
- Εάν κάποιος υποψιάζεται για κατάποση τοξικών ουσιών από το παιδί, το πρώτο πράγμα που οι γονείς πρέπει να κάνουν είναι να καλέσουν ένα κέντρο ελέγχου δηλητηριάσεων . Επομένως, ο κεντρικός αριθμός ελέγχου δηλητηριάσεων πρέπει πάντα να είναι κοντά, στο τηλέφωνο, για παράδειγμα (Paes & Gaspar 2005).
- Τα ακίνδυνα εμπορευματοκιβώτια για τα παιδιά μπορούν να είναι αποτελεσματικά στη μείωση των ποσοστών της δηλητηρίασης (Kendrick 1994).
- Τα φάρμακα πρέπει να τα κλειδώνετε σε κάποιο συρτάρι – το ίδιο ισχύει και για τα φάρμακα της γιαγιάς ή του παππού, εφόσον έρχονται τακτικά σπίτι σας ή το παιδί επισκέπτεται το δικό τους (Ψάλτη 2008).
- Οι ετικέτες με το όνομα και το περιεχόμενο υγρού και οι σχετικές προειδοποιήσεις με σήματα, νεκροκεφαλές κ.λ.π. είναι πολύ χρήσιμες, αφορούν όμως τους μεγαλύτερους και όχι τα μικρά παιδιά. Καλό είναι τα μπουκάλια με χημικά και

απορρυπαντικά να έχουν ειδικό σχήμα και να κλείνουν με πώματα που δεν μπορεί να ανοίξει ένα παιδί (Τσελίκας 1999).

- Κρύψτε τα κοφτερά αντικείμενα (ξυραφάκια, ψαλίδι, λίμα) στα πιο ψηλά ντουλάπια του μπάνιου. Το ίδιο πρέπει να κάνετε και με τις κολόνιες. Μην ξεχνάτε τα παιδιά δοκιμάζουν ότι βρουν (Ψάλτη 2008)!!!!
- Κρύψτε τα απορρυπαντικά του πλυντηρίου σε ψηλά ράφια και μην αφήνετε ανοιχτή την πόρτα του πλυντηρίου (Ψάλτη 2008).
- Μην τοποθετείτε στο ντουλάπι κάτω από το νεροχύτη τα απορρυπαντικά και μη μεταγγίζετε τα καθαριστικά σε άλλα μπουκάλια, π.χ. σε μπουκάλια αναψυκτικών (τα παιδιά, αντί για το αγαπημένο τους αναψυκτικό, θα πουν δηλητήριο). Τα τοποθετήστε όλα τα καθαριστικά προϊόντα σε ψηλά ντουλάπια, π.χ. στο ντουλάπι του απορροφητήρα (Ψάλτη 2008).
- Εάν έχετε τοποθετήσει ωμά τρόφιμα στον πάγκο της κουζίνας (πουλερικά, κρεατικά), να τον σαπουνίσετε προτού ετοιμάσετε την φρουτόκρεμα ή οποιαδήποτε άλλη παιδική τροφή στην ίδια επιφάνεια. Έτσι αποφεύγετε τον κίνδυνο της τροφικής δηλητηρίασης (Ψάλτη 2008).
- Μην αφήνετε στον πάγκο της κουζίνας μικροαντικείμενα, κοφτερά μαχαίρια, σπέρτα, γυάλινα ποτήρια, αλλά και χάπια (Ψάλτη 2008).
- Η μύσηση τσιγάρου κυρίως από βρέφη, συχνά κάτω του έτους, είναι συχνή και επικίνδυνη δηλητηρίαση με μεγάλη αύξηση τα τελευταία χρόνια (10%). Η αύξηση αυτή οφείλεται στο μεγάλο ποσοστό γονέων καπνιστών καθώς και στην αμέλεια των ενηλίκων να απομακρύνουν τα τσιγάρα ή και τις ‘γόπες’ από το ‘πεδίο δράσης’ των παιδιών (Ανώνυμος 2009). Η ποσότητα καπνού ενός και τσιγάρου θεωρείται θανατηφόρος δόση για ένα παιδί, επομένως αποφεύγετε να αφήνετε τα τασάκια και τα τσιγάρα στην προσιτότητα των παιδιών (Ψάλτη 2008).

Πνιγμοί – Πνιγμονές

Η περίφραξη λιμνών είναι αποτελεσματική στην παρεμπόδιση των πνιγμών στις κατοικημένες πισίνες όταν ο φράκτης περιβάλλει εντελώς την λίμνη, δεν επιτρέπει την άμεση πρόσβαση από το σπίτι, έχει αυτόματο κλείσιμο, αυτόματο σύρτι στις πύλες, και

είναι φτιαγμένο από υλικό που είναι δύσκολο να σκαρφαλώσεις. Ωστόσο, μικρά παιδιά συνεχίζουν να κινδυνεύουν από πνιγμούς σε φυσικούς οργανισμούς του νερού (π.χ., λίμνες, λίμνες, ρεύματα), λουτρά, κάδοι, και ανεπαρκώς περιφραγμένες ή μη περιφραγμένες πισίνες. Το AAP συστήνει επιπλέον ότι οι ενήλικοι εποπτεύουν τα παιδιά από εντός του μήκους ενός βραχίονα και αποφεύγουν τις δραστηριότητες που τους αποσπούν όποτε τα παιδιά είναι μέσα ή γύρω από το νερό (Schnitzer 2006).

Οι κατοικημένες πισίνες θέτουν ένα μεγάλο κίνδυνο πνιγμού για τα παιδιά ηλικίας μεταξύ 1 και 3 ετών, έχει υπολογιστεί ότι περίπου 90% των πνιγμών σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα πραγματοποιείται σε αυτές τις πισίνες. Ο Rimsza et al. ανακάλυψαν ότι τα περισσότερα παιδιά που πνίγηκαν είναι μικρότερα από πέντε χρονών, το 61% αυτών των θανάτων εμφανίστηκε στις ιδιωτικές πισίνες. Θεωρούν ότι ο μέγιστος κίνδυνος πνιγμού τίθεται από μια πισίνα με σκάλες όταν τα νέα αγόρια δεν εποπτεύονται από ένα ενήλικα (Paes & Gaspar 2005).

Τα ατυχήματα που περιλαμβάνουν τους ξένους οργανισμούς ήταν ο τέταρτος πιο κοινός τύπος ατυχημάτων. Η εισπνοή και η κατάποση των αντικειμένων εκτός από τα τρόφιμα που προκάλεσαν την παρεμπόδιση της αναπνευστικής οδού ήταν η πιο κοινή αιτία. Τα χαρακτηριστικά αντικείμενα ήταν τα νομίσματα, τα κουμπιά, οι πέτρες, τα μάρμαρα, και οι ρόδες των παιχνιδιών.

Η συχνότητα των ατυχημάτων που περιλαμβάνουν τους ξένους οργανισμούς ήταν αμερόληπτα όμοια στις ηλικιακές ομάδες 0-5 ετών. Ο Jones (1975) ανέφερε ότι οι περιστάσεις που περιβάλλουν μερικά από αυτά τα ατυχήματα μπορούν να αλλάξουν όσο το παιδί μεγαλώνει. Τα νήπια και τα μικρά παιδιά τείνουν να ερευνούν το περιβάλλον τους με την τοποθέτηση αντικειμένων μέσα στο στόμα τους. Τα παιδιά τοποθετούν τα αντικείμενα στο στόμα τους κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού χωρίς την πρόθεση να τα καταπιούν αλλά μπορεί να γίνει εάν αυτοί γελάσουν ξαφνικά, τυχαία πτώση, ή χτυπηθούν στην πλάτη. Από μηχανικής άποψης η πρόληψη είναι δύσκολη και τα εκπαιδευτικά προγράμματα θα εμφανιστούν να είναι η μόνη αμέσως προφανής προληπτική στρατηγική. Η υιοθέτηση των ασφαλών προτύπων παρόμοιων με το Αυστραλιανό πρότυπο AS1647, το οποίο ασχολείται με την ασφάλεια των απαιτήσεων των παιδικών παιχνιδιών, θα μπορούσαν επίσης να μειώσουν την επίπτωση των ατυχημάτων.

Μια οργάνωση ενδιαφερόμενη για την καταναλωτική ασφάλεια είναι το καταναλωτικό ίδρυμα της Νέας Ζηλανδίας. Αυτή η οργάνωση έχει λίγη δύναμη να μεταφράσει τις

συστάσεις του εντός του νόμου, αυτό στηρίζεται μόνο στην πειθώ και στη δημοσιότητα στις προσπάθειές του να εξασφαλίσει την απόσυρση των επικίνδυνων προϊόντων. Για να είναι αποτελεσματική στη μείωση των κινδύνων, μια οργάνωση χρειάζεται ως αρχικό στόχο της να είναι ο έλεγχος και η ασφάλεια των καταναλωτικών προϊόντων. Μια τέτοια οργάνωση χρειάζεται τις νομικές δυνάμεις να εξασφαλίσει ότι οι αποδεδειγμένοι κίνδυνοι έχουν γρήγορα εξαλειφθεί. Η αξία μιας τέτοιας νομικής οργάνωσης έχει αποδειχθεί στη Μεγάλη Βρετανία (τμήμα τιμών και προστασίας καταναλωτών - μονάδα καταναλωτικής ασφάλειας), στις Ηνωμένες Πολιτείες (η Επιτροπή ασφάλειας καταναλωτικών προϊόντων), και στη Σουηδία (εθνική σουηδική επιτροπή για την πολιτική του καταναλωτή). Λαμβάνοντας υπόψη την υψηλή συχνότητα των ατυχημάτων και τα δευτερογενή δυσμενή αποτελέσματα στα παιδιά, η καθιέρωση μιας τέτοιας οργάνωσης είναι ένα θέμα επείγουσας ανάγκης. Αυτό θα δικαιολογούνταν με τη μείωση του πόνου και της πίεσης που προκαλούνται από τα ατυχήματα και που μπορούν να προληφθούν και τη μείωση του κόστους της ιατρικής θεραπείας (Langley ,Dodge & Silva 1979).

Μέτρα πρόληψης πνιγμών - πνιγμονών

- Μη δένετε στα κάγκελα του παιδικού κρεβατιού ή του πάρκου μπαλόνια ή άλλα παιχνίδια με κορδόνια (Ψάλτη 2008).
- Φροντίστε τα μικρά παιδιά, κάτω των 4 ετών, να μην έχουν πρόσβαση στα παιχνίδια των μεγαλύτερων γιατί ενδέχεται να καταπιούν τα μικρά εξαρτήματα που πιθανόν να υπάρχουν και να πνιγούν (Ψάλτη 2008).
- Τοποθετήστε αντιολισθητικά πατάκια στην μπανιέρα και επιτηρείτε τα παιδιά όση ώρα κάνουν μπάνιο (Ψάλτη 2008).
- Όταν κάνετε μπάνιο το μωρό και χτυπήσει το τηλέφωνο ή το κουδούνι της πόρτας, μην απαντήσετε ή να πάρετε το μωρό μαζί σας, γιατί ο πνιγμός είναι ζήτημα ελάχιστου χρόνου και δεν χρειάζεται πολύ νερό (Τσελίκας 1999).
- Μην αφήνετε στη μπανιέρα ή στο πάτωμα του λουτρού λεκάνες με νερό χωρίς να κλειδώσετε την πόρτα του μπάνιου (Ψάλτη 2008).
- Τα παιδιά κινδυνεύουν να πνιγούν με τους ξηρούς καρπούς, όπως με κάθε μικρό αντικείμενο (κέρματα, κουμπιά, καρφίτσες) (Ψάλτη 2008).
- Τα κορδόνια από τα στόρια και τις κουρτίνες αφαιρέστε τα ή δέστε τα ψηλά (Ψάλτη 2008).

- Δεν πρέπει να είναι προσιτά στα παιδιά μικρά αντικείμενα, τα οποία είναι δυνατό να τα καταπιούν ή να τα βάλουν στη μύτη ή τα αυτιά τους (Γκούβρα, Κυρίδης και Μαυρικάκη 2005).
- Αποφύγετε να δώσετε στα μικρά παιδιά παιχνίδια – δωράκια που βρίσκονται μέσα σε τρόφιμα και προορίζονται για τα παιδιά (ΚΕΠΠΑ 2003).
- Να κρύψουν σε μέρος που να γνωρίζουν μόνο οι γονείς τις πλαστικές σακούλες που καμιά φορά βάζουν στο κεφάλι τους με σκοπό να παίξουν (Τσελίκας 1999).
- Αποφύγετε τα πολύ μαλακά και μεγάλα μαξιλάρια (Τσελίκας 1999).
- Να απομακρύνετε όλα τα παιχνίδια από την πισίνα για να μην προσελκύσουν την προσοχή του.
- Όσοι διαθέτουν στο σπίτι τους ιδιωτικές πισίνες πρέπει: 1) Να υπάρχει πάντα ένας ενήλικας για να προσέχει τα μικρά παιδιά ενώ παραμένουν στο νερό. 2) Να μην επιτραπεί σε κανένα παιδί να κολυπήσει αν δεν εποπτεύεται από κάποιον ενήλικα. 3) Να μάθουν οι γονείς στα παιδιά να μην τρέχουν γύρω από την πισίνα διότι υπάρχει ο κίνδυνος να γλιστρήσουν και να πέσουν. 4) Θα πρέπει η πισίνα να είναι περιφραγμένη και η πόρτα της να κλείνει και να ασφαρίζει αυτόματα. 5) Ακόμη πρέπει να έχει μια στέγη και ένα σύστημα συναγερμού στην πόρτα ή στην κλειδαριά. 6) Τα παιδιά πάντα να φορούν σωσίβιο ή μπρατσάκια (Paes & Gaspar 2005, Φαρμακάκης, Σπυριδόπουλος & Πετρίδου 2005).

Λοιπά ατυχήματα που συμβαίνουν στο σπίτι

- Οι ηλεκτροπληξίες αντιμετωπίζονται άριστα με τον ειδικό διακόπτη ασφαλείας που πρέπει να έχουν όλα τα σπίτια στον πίνακα ηλεκτροδότησης . Αυτός διακόπτει το ρεύμα 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: πως δεν θα βρεθείτε ποτέ αφηρημένοι. Άλλωστε τα μεγαλύτερα παιδιά κάποτε θα δοκιμάσουν αυτό που τους έχει απαγορευτεί – να βγάλουν το καπάκι (Τσελίκας 1999).

- Όλα τα μεγάλα ψυγεία πρέπει να ανοίγουν από μέσα , ακόμα και όταν δεν λειτουργούν, εφόσον χωράει μέσα άνθρωπος ή μικρό παιδί (Τσελίκας 1999).
- Τα παιδιά συνηθίζουν να βάζουν τα δάχτυλά τους στις πόρτες των σπιτιών και των αυτοκινήτων. Έτσι μαγκώνουν τα δάχτυλά τους ή τους τα μαγκώνουν οι μεγάλοι όταν δεν έχουν το νου τους σ' αυτόν τον κίνδυνο. Χρειάζεται να δείξετε προσοχή και να τους απαγορεύσετε να το κάνουν (Τσελίκας 1999).
- Ο Oliver & Lawson (1979) απέδειξαν ότι η χρήση της τοποθέτησης υαλοπινάκων ασφάλειας στις πόρτες, πλαϊνά φώτα, παράθυρα, και οθόνες στο ντους μπορούν να μειώσουν τον αριθμό και τη δριμύτητα των πληγών (Langley ,Dodge & Silva 1979).
- Η δριμύτητα των τραυματισμών που περιλαμβάνουν τις πόρτες ίσως να μειωθεί με την εγκατάσταση των συσκευών περιορισμού στις πόρτες που δεν τους επιτρέπουν να τις κλείνουν απότομα. Μια μείωση του αριθμού των ατυχημάτων ίσως απαιτεί το ξεκίνημα από τις συνηθισμένες πόρτες που είναι ανυψωμένες σε μεντεσέδες. Οι συρόμενες πόρτες είναι μια δυνατότητα και επίσης αυξάνουν το διάστημα του πατώματος από το δωμάτιο, επιτρέποντας αυξημένη ευελιξία στη ρύθμιση των επίπλων. Ένα άλλο μέτρο, περισσότερο ριζικής σημασίας για τη μείωση αυτού του κινδύνου ίσως είναι η χρήση από ' λαστιχένιο φτεροκόπημα ' τύπος πορτών παρόμοιες με εκείνες που χρησιμοποιούνται στα εργοστάσια (Langley ,Dodge & Silva 1979).
- Τα βαριά αντικείμενα όπως τα βάρη θα πρέπει να τα τοποθετείτε στο πάτωμα εντός ή εκτός της ντουλάπας, ώστε να μην υπάρχει ο κίνδυνος να πέσει πάνω στο παιδί (Ψάλτη 2008).
- Οι παιδικές στράτες πρέπει να αποφεύγονται επειδή, καθώς το παιδί τρέχει με τη στράτα, αναπτύσσει ταχύτητα την οποία δεν μπορεί να ελέγξει, με αποτέλεσμα να τραυματιστεί (Ψάλτη 2008).
- Τοποθετήστε μια πόρτα ασφαλείας στην είσοδο της κουζίνας. Όταν όμως βρίσκεστε κι εσείς στο χώρο, δεν μπορείτε να απαγορεύσετε την είσοδο στο παιδί. Φροντίστε, λοιπόν, να παίζει με τα παιχνίδια του και όχι με άλλα αντικείμενα όπως με τις ξύλινες κουτάλες, κατσαρόλες κ.λ.π. (Ψάλτη 2008).

- Τοποθετήστε ειδικές ασφάλειες στα ντουλάπια της κουζίνας (πωλούνται στα καταστήματα παιδικών ειδών), ειδικά σε αυτά που φυλάτε τα αιχμηρά αντικείμενα (Ψάλτη 2008).
- Τοποθετήστε το σίδερο και την σιδερώστρα έτσι ώστε το καλώδιο να μην εμποδίζει το πέρασμα των παιδιών και βεβαιωθείτε ότι είναι σταθερή. Μην αφήνετε ποτέ το σίδερο στην πρίζα χωρίς να το επιβλέπετε (Ψάλτη 2008).
- Αποφύγετε τα μακριά τραπεζομάντιλα, επειδή το παιδί μπορεί να τα τραβήξει παρασύροντας πάνω του ότι υπάρχει στο τραπέζι (Ψάλτη 2008).
- Να μαζεύετε οποιοδήποτε αντικείμενο αμέσως μόλις πέσει ή σπάσει στο πάτωμα. Μην αφήνετε τα παιδιά να περπατούν πάνω στα γυαλιά και μην επιτρέπετε να τα καθαρίσουν μόνο τους (Mynro, Niekerk, Seedat 2005).
- Προσοχή στα παιχνίδια στο σπίτι:
 - 1) Τα παιχνίδια δεν πρέπει να είναι σκορπισμένα στο πάτωμα ή στις σκάλες γιατί μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά ατυχήματα.
 - 2) Τα παιδιά κάτω των 3 ετών δεν πρέπει να έχουν πρόσβαση στα παιχνίδια των μεγαλύτερων παιδιών, διότι μπορούν να αποβούν επικίνδυνα.
 - 3) Τα παιχνίδια στο σπίτι και τον κήπο χρειάζεται να ελέγχονται τακτικά. Καλό είναι να βεβαιώνετε ότι είναι σε καλή κατάσταση και ότι δεν υπάρχουν σπασμένα κομμάτια που μπορούν να προκαλέσουν ατυχήματα (Gender and society n.d.)
- Τα τσιμπήματα από σκορπιούς είναι απειλητικά για τη ζωή του παιδιού. Τα μέτρα πρόληψης είναι:
 - ✓ Καθαρίστε γύρω από το σπίτι. Τα γειτονικά κενά μέρη πρέπει επίσης να καθαριστούν. Αποφύγετε τη συσσώρευση των χαλικιών, ξηρά φύλλα, απορρίμματα, ξύλα, βράχοι, κεραμίδια και τούβλα.
 - ✓ Κόψτε το γκαζόν τακτικά. Αποφύγετε την επαφή με τα μπανανόδεντρα, φυτά που κρέμονται και άλλους τύπους πυκνής βλάστησης κοντά στους τοίχους.
 - ✓ Κοιτάτε και τινάξτε προσεκτικά το εσωτερικό των ενδυμάτων και των παπουτσιών πριν τα φορέσετε. Μην κρεμάτε τα ενδύματα που στεγνώνουν κοντά στους τοίχους.

- ✓ Καλύψτε το κατώφλι της πόρτας και κλείστε τα παράθυρα στο ηλιοβασίλεμα. Εγκαταστήστε προστατευτικά στα αυλάκια των πατωμάτων, στους νεροχύτες, και στους κάδους των πλυντηρίων.
- ✓ Καλύψτε τις τρύπες στους τοίχους, στο πάτωμα και σε άλλες θέσεις διαμέσου των οποίων οι σκορπιοί μπορούν να συρθούν στο σπίτι.
- ✓ Τοποθετήστε τα κρεβάτια και τα ανοιχτά κρεβάτια μακριά από τον τοίχο. Οι κουβέρτες, τα σεντόνια και τα δίχτυα κουνουπιών δεν πρέπει ποτέ να τα αφήσετε να κρέμονται κάτω στο πάτωμα.
- ✓ Τοποθετήστε τα εγχώρια απορρίμματα σε πλαστικές τσάντες ή στα ερμητικώς σφραγισμένα εμπορευματοκιβώτια για να αποφύγετε τα έντομα (κατσαρίδες, μύγες, κ.λπ.), οι οποίες χρησιμεύουν ως φαγητό για τους σκορπιούς.
- ✓ Μην σκοτώνετε τη νύχτα τα πτηνά, τις κότες, τις χήνες, τις σαύρες και τους βατράχους νύχτας, επειδή τρέφονται εκ φύσεως με τους σκορπιούς (Paes & Gaspar 2005).

Κεφάλαιο 5.1.2

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Εισαγωγή

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. 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 την μεταφορά των παιδιών προς και από, τους χώρους αυτούς.

Σύμφωνα με την ελληνική έκθεση των EHLASS (European Home and Leisure Accidents Surveillance System) ένα σημαντικό ποσοστό παιδικών ατυχημάτων (32%) συμβαίνει στο σχολείο. Το σχολικό περιβάλλον, όχι μόνο δεν είναι απαλλαγμένο από κινδύνους για ατυχήματα, αλλά συχνά αποτελεί πηγή δημιουργίας τέτοιων κινδύνων, λόγω της μικρής έμφασης που έχει δοθεί στη διαμόρφωση των χώρων και της υλικοτεχνικής υποδομής, ώστε να είναι ασφαλές για τους μαθητές και τους εργαζόμενους στο σχολικό συγκρότημα. Τα άσχημα αστεία στο σχολείο, η επίδειξη δύναμης και η έλλειψη επίβλεψης στο διάλειμμα δημιουργούν πιο πολλά ατυχήματα απ' όσα συμβαίνουν στο οικιακό περιβάλλον αν μετρήσουμε τα ατυχήματα των παιδιών 5-15 ετών. Σπρώξιμο στην αυλή και στη σκάλα, τρικλοποδιές και φάρσες είναι αιτίες καθημερινών ατυχημάτων με θλιβερές συνέπειες που μπορεί να υπερβαίνουν τη σκέψη ενός παιδιού. Οι γονείς πρέπει να σκεφτούν τι μπορούν και αυτοί να κάνουν για αυτό το θέμα.

Οι σχολικοί χώροι αθλοπαιδιών είναι οι συνήθεις τόποι τραυματισμών των μαθητών, οι οποίοι διακρίνονται από μικρής σημασίας εκδορές και μώλωπες μέχρι σοβαρότερες κακώσεις, όπως ρήξεις οστών και επιληπτικές κρίσεις, καθώς και σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή κακώσεις, όπως κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και σοβαρές ασθματικές κρίσεις. Τραυματισμοί μπορούν επίσης να συμβούν στα σχολικά κτίρια, τις αίθουσες, τους χώρους διεξαγωγής μαθημάτων φυσικής αγωγής και τα αθλητικά προγράμματα. Πρέπει να υπάρχει βασικός εξοπλισμός παροχής πρώτων βοηθειών σε όλα τα σχολεία. Ο νοσηλευτής

σχολικής υγιεινής οφείλει να έχει ανώτερες γνώσεις των πρότυπων πρώτων βοηθειών και δίπλωμα CPR, και πρέπει να είναι προετοιμασμένος να παρέχει πρώτες βοήθειες και επείγουσα φροντίδα όταν ενδείκνυται. Επιπρόσθετα, πρέπει να βρίσκεται πάντα σε ετοιμότητα η διαδικασία ενεργοποίησης της Υπηρεσίας Επείγουσας Ιατρικής (EMS) (Nies & McEwen 2001).

Μέτρα πρόληψης στα σχολεία

Στο σχολείο οι δάσκαλοι, 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, διαστρέματα και άλλες βλάβες στα δάχτυλα. Αυτή η έρευνα έγινε από την EHLASS στα νοσοκομεία, όπου προέρχονται για θεραπεία οι παθόντες ηλικίας 6-12 χρονών (Τσελίκας 1999).

- Από την προσχολική ηλικία, πρέπει να μάθουν τα παιδιά την σωστή οδική συμπεριφορά. Πρέπει όμως να σκέφτεστε, 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. Κρατάτε πάντα τα μικρά παιδιά από το χέρι και να τα έχετε από τη μέσα πλευρά του πεζοδρομίου. Και μη ξεχνάτε, ότι τα παιδιά μαθαίνουν παρατηρώντας, για αυτό πρέπει να τους δίνετε το καλό παράδειγμα, ακολουθώντας οι ίδιοι τους κανόνες της σωστής οδικής συμπεριφοράς.

- Εφόσον πηγαίνετε τα παιδιά στο σχολείο με το αυτοκίνητο, πρέπει να τους μάθετε να κάθονται πάντα στο πίσω κάθισμα, σωστά δεμένα. 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 μάθετε στα παιδιά, να μπαίνουν και να βγαίνουν από το αυτοκίνητο, πάντοτε από την πλευρά του πεζοδρομίου. Στην περίπτωση που τα παιδιά πηγαίνουν με σχολικό λεωφορείο, πρέπει το ίδιο το σχολείο, αλλά και οι γονείς, να τους εξηγήσετε 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 δρόμο με το δίκυκλό τους, έχουν τις ίδιες υποχρεώσεις με τα άλλα οχήματα. Πρέπει να φορούν πάντα κράνος, κατάλληλου μεγέθους, σωστά δεμένο,

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 16ο έτος της ηλικίας τους και να έχουν προμηθευτεί νόμιμη άδεια.

- Τα παιδιά που πηγαίνουν με τα πόδια στο σχολείο πρέπει να φορούν ανοιχτόχρωμα ρούχα ή ρούχα με ένθετο ανακλαστικό υλικό, για να διακρίνονται από τους διερχόμενους οδηγούς, ειδικότερα το βράδυ.

- Στην έξοδο όλων των σχολείων, πρέπει να υπάρχει προστατευτικό κιγκλίδωμα, ώστε τα παιδιά να μη μπορούν να βγουν απευθείας στο δρόμο.

- Ο σχολικός τροχονόμος την ώρα της έναρξης και της λήξης της σχολικής ημέρας μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο για την ασφαλή διέλευση των παιδιών, πρέπει όμως, οι οδηγοί και τα παιδιά να μάθουν να ακολουθούν τις υποδείξεις 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 εποικοδομητικές προτάσεις. 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.

- Τα σχολεία πρέπει να έχουν σωστό σύστημα πυρασφάλειας και κάθε χρόνο να γίνεται άσκηση ασφαλούς εγκατάλειψης του κτιρίου σε περίπτωση φωτιάς. Η ίδια προετοιμασία πρέπει να γίνεται και για την περίπτωση σεισμού. Ακόμη πρέπει να διαθέτουν ασφαλές ηλεκτρικό σύστημα και τοποθέτηση ρελέ διαφυγής.

- 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.

- 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 κάποιοι υπεύθυνοι και να είναι ασφαλής ο χώρος του διαλείμματος.

· 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. 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.

Τα μαθήματα αριθμητικής, φυσικής, χημείας, ξεκινώντας από την δημοτική εκπαίδευση να γίνονται με παραδείγματα από την καθημερινή κίνηση στο δρόμο. Το ατύχημα ή και ο θάνατος του συνομήλικου να γίνεται αφορμή για συζήτηση για τα πραγματικά αίτια που οδήγησαν στο ατύχημα αλλά και στο αποτέλεσμα του ατυχήματος.

Πρόληψη σωματικών κακώσεων

Η πρόληψη των σωματικών κακώσεων πρέπει να διδάσκεται νωρίς στα σχολεία και η πληροφόρηση πρέπει να είναι κατάλληλη ανάλογα με την ηλικία. Για παράδειγμα, πρέπει να δίνεται έμφαση στην ασφάλεια του δίκυκλου και τον σημαντικό ρόλο του κράνους από το δημοτικό. Η ασφάλεια στο προαύλιο του σχολείου και στους χώρους αθλοπαιδιών είναι επίσης σημαντική γ αυτή την ηλικιακή ομάδα, διότι 2-5 εκατ. Παιδιά κάθε χρόνο τραυματίζονται στις Η.Π.Α κάθε έτος. Η ασφάλεια των μηχανών πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα προγράμματα για τους εφήβους που ξεκινούν την οδήγηση και τους μαθητές γυμνασίου. (ASHA-Εθνική Δύναμη Κρούσης για την πρόληψη των τραυματισμών και της Βίας, 1999). Η ασφάλεια κατά την άθληση είναι ιδιαίτερη σημαντική ανάμεσα στους εφήβους, διότι εκτιμάται ότι 3,5 εκατ. Περίπου αγόρια και 2 εκατ. Κορίτσια συμμετέχουν σε διασχολικές αθλητικές δραστηριότητες. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι το 3% των παιδιών στο δημοτικό, το 7% στο γυμνάσιο και το 11% των παιδιών στο λύκειο τραυματίζονται κάθε έτος. Το 67% των τραυματισμών συμβαίνει στα αγόρια από τους οποίους το 40% παρατηρείται σε μη οργανωμένα αθλήματα, το 38% στα μαθήματα φυσικής αγωγής και το 50% σε οργανωμένα αθλήματα. τα υψηλότερα ποσοστά τραυματισμών παρατηρούνται στο ποδόσφαιρο, ακολουθούμενο από το μπάσκετ, τη γυμναστική, το baseball και το πατινάζ. Οι κακώσεις περιλαμβάνουν ορθοπεδικές κακώσεις (θλάσεις, διαστρέμματα, κατάγματα, εξάρθραματα), οδοντικές κακώσεις, νευρολογικά προβλήματα (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις), οφθαλμικές κακώσεις τομές,

εκδορές και μώλωπες (Sklaire 1997). Η χρήση κατάλληλου εξοπλισμού πρέπει να είναι επιτακτική για τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά και τους εφήβους. Πρέπει να επιβάλλεται η τοποθέτηση προστατευτικών εξαρτημάτων για το στόμα και το δέρμα, βατών, κράνους καθώς και άλλων προστατευτικών εξαρτημάτων για την πρόληψη των κακώσεων. Πρέπει να διατηρείται η ενυδάτωση για την πρόληψη προβλημάτων που σχετίζονται με τη θερμότητα, ιδιαίτερα κατά τις θερμές περιόδους. Οι αποτελεσματικές ασκήσεις προθέρμανσης και χαλάρωσης πρέπει να ενθαρρύνονται για την πρόληψη των μυϊκών θλάσεων. Τα σχολεία που συμμετέχουν σε αθλήματα υγρού στίβου πρέπει αν περιλαμβάνουν και την ασφάλεια της πισίνας. Η αθλητική δραστηριότητα είναι μια ευκαιρία για το νοσηλευτή σχολικής υγιεινής να συζητήσει και να συμβουλευτεί τους μαθητές για τους κινδύνους εμφάνισης υγειονομικών προβλημάτων σχετικών με τη φυσική δραστηριότητα. Είναι το ιδανικό περιβάλλον για το νοσηλευτή προκειμένου να ερωτήσει τα κορίτσια σχετικά με τις ανωμαλίες της περιόδου, και όλους τους μαθητές σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες, τα αισθήματά τους απέναντι στο σωματικό τους βάρος και το ιστορικό των μυοσκελετικών παθήσεων. Είναι, επίσης η κατάλληλη στιγμή για το νοσηλευτή να υπογραμμίσει τη σημασία των ασκήσεων διατάσεων στην πρόληψη των κακώσεων. Επιπλέον, είναι μια ευκαιρία για το νοσηλευτή να συνεργαστεί με τους προπονητές για την προαγωγή θετικών αποτελεσμάτων από άποψη υγείας. Σε πολλούς σχολικούς τομείς, λειτουργούν επιτροπές σχολικής ασφάλειας που κάνουν συστάσεις για την ενίσχυση της ασφάλειας στις αθλητικές δραστηριότητες και τη διασφάλιση της συνεχούς επίβλεψης. Οι επιτροπές αυτές μπορεί επίσης να συλλέγουν στοιχεία σχετικά με τους τραυματισμούς , να αναπτύσσουν τακτικές σχετικά με τις επιθεωρήσεις ασφάλειας ρουτίνας και να σχεδιάζουν την εκπαίδευση του προσωπικού και την επιμόρφωση των μαθητών σχετικά με τους υφιστάμενους παράγοντες στο χώρο του σχολείου. Οι επιτροπές αυτές πρέπει να διαθέτουν και νοσηλευτές σχολικής υγιεινής.(Nies & McEwen, 2001).

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 (Γκούβρα, Κυρίδης και Μαυρικάκη 2005, Ανώνυμος 2006)

Κεφάλαιο 5.1.3

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΧΑΡΑ

Στην ασφυκτική ζωή των μεγαλουπόλεων, ένα μεγάλο μέρος του παιχνιδιού περιορίζεται στο εσωτερικό των σπιτιών. Το παιχνίδι όμως είναι συνυφασμένο με το φυσικό περιβάλλον, καθώς εκεί το παιδί αναπτύσσει τη δημιουργικότητά του και τη φαντασία του, κοινωνικοποιείται, έρχεται σε επαφή με τη φύση και το κυριότερο, ασκείται σωματικά, προστατεύοντας τον εαυτό του από την καθιστική ζωή και τις συνέπειές τις, όπως η παχυσαρκία. Η καταγραφή τραυματισμών στους χώρους αυτούς δεν είναι σπάνιο φαινόμενο. Τα αγόρια και τα παιδιά ηλικίας 5-9 ετών υφίστανται το μεγαλύτερο ποσοστό ατυχημάτων, ενώ ο συχνότερος μηχανισμός κάκωσης είναι η πτώση. Σημαντικό ρόλο στην πρόκληση των ατυχημάτων αυτών διαδραματίζουν η ποιότητα του εδάφους (τα ευένδοτα υλικά όπως το καουτσούκ και το αμμοχάλικο μειώνουν τον κίνδυνο σοβαρού τραυματισμού), η ελλιπής συντήρηση του εξοπλισμού και του εδάφους, όπως και η κακή επιτήρηση των παιδιών από τους γονείς και ειδικευμένο προσωπικό. Τα όργανα αναρρίχησης, η τσουλήθρα και οι κούνιες φαίνεται να είναι τα πλέον υπεύθυνα όργανα πρόκλησης ατυχημάτων από πλευράς εξοπλισμού, λιγότερο δε η αμέλεια από μέρους των γονέων, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του ΚΕΠΠΑ. Πολύ συχνά παρατηρούνται φθορές στα όργανα κυρίως λόγω παλαιότητας, έλλειψης συντήρησης και φύλαξης. Οι σύμφωνες με την Ευρωπαϊκή Ένωση προδιαγραφές για τις παιδικές χαρές δεν πληρούνται ή ο χώρος όπου έχει εγκατασταθεί η παιδική χαρά δεν είναι κατάλληλος. Αν οι προδιαγραφές ασφαλείας τίθεντο σε εφαρμογή, θα αποτελούσαν μια σημαντική παράμετρο πρόληψης κατά των τραυματισμών.

Οι προδιαγραφές των γενικών πολεοδομικών σχεδίων στην χώρα μας κατηγοριοποιούν τον χώρο κατά λειτουργίες. Διακρίνονται α. οι **ελεύθεροι χώροι** που απαρτίζονται από τις παιδικές γωνιές, τις παιδικές χαρές και τα ελεύθερα γήπεδα και β. **το αμιγές πράσινο αναψυχής –περιπάτου** όπου διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες πάρκων : πάρκο γειτονιάς, πάρκο συνοικίας, πάρκο διαμερίσματος, πάρκο πόλης, πράσινο για μόνωση.

Οι **παιδικές γωνιές** προορίζονται για παιδιά από 1 έως 6 ετών με μέγιστο εμβαδόν 300μ² ώστε να αποκλείονται άλλες χρήσεις (παιχνίδι –αθλητισμός παιδιών μεγαλύτερης ηλικίας), και οι **παιδικές χαρές** για παιδιά από 6-12 ετών με μέγιστο εμβαδόν 600-800μ². Προτείνεται δε η κατάλληλη διευθέτηση χώρων παιδικών γωνιών, παιδικών χαρών ελεύθερων γηπέδων και αθλητισμού μέσα στο πλέγμα πρασίνου ώστε οι χρήσεις να μην

συγγέονται. Στις γενικές πολεοδομικές μελέτες πάντως (κλίμακα 1/1000) ο όρος παιδική γωνιά δεν χρησιμοποιείται –οι χώροι που προορίζονται για το παιχνίδι των μικρών παιδιών χαρακτηρίζονται όλοι ως παιδικές χαρές. Πιο ειδικές προδιαγραφές και κριτήρια καταλληλότητας για τον χαρακτηρισμό των χώρων αυτών δεν υπάρχουν.

Μία συνολική έρευνα θα έδινε πολύτιμα στοιχεία σχετικά με τα ποσοστά ατυχημάτων που συμβαίνουν διαφορετικούς χώρους (σπίτι, παιδική χαρά, δρόμος κλπ), καθώς και για τον τρόπο με τον οποίο η ελληνική οικογένεια αντιμετωπίζει το θέμα της ασφάλειας των παιδιών. Αυτό θα έδινε την ευκαιρία να δοθούν προτεραιότητες σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια (επιμόρφωση, βελτίωση τεχνικής υποδομής) και γενικότερα να αυξήσει την ευαισθητοποίηση πάνω στο θέμα αυτό. Για παράδειγμα στην Αγγλία, “η πλειοψηφία των ατυχημάτων σε παιδιά συμβαίνει στο δρόμο, η κοινωνία ωστόσο έχει πολλή μικρή ανοχή για ατυχήματα που συμβαίνουν σε παιδικές χαρές. Οι γονείς περιμένουν να είναι ασφαλείς και έτσι κάποιες φορές παραμελούν την επιτήρηση των παιδιών”. Πιο συγκεκριμένα και σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης, η τήρηση αρχείου ατυχημάτων για κάθε παιδική χαρά θα βοηθούσε στην κατανόηση των προβλημάτων και στην βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας.

Η χάραξη των προληπτικών μέτρων για τη μείωση της επίπτωσης των ατυχημάτων αυτών, οφείλει να κινείται σε τέσσερις βασικούς άξονες: επιτήρηση του χώρου και των παιδιών από ειδικευμένο προσωπικό, προσαρμογή του σχεδιασμού του εξοπλισμού και του χώρου παιχνιδιού στις ανάγκες της κάθε ηλικιακής ομάδας, επιλογή κατάλληλων υλικών για το έδαφος της παιδικής χαράς καθώς και συντήρηση του εξοπλισμού και του εδάφους της παιδικής χαράς. Με τη συνεργασία των γονέων, των επαγγελματιών υγείας και της πολιτείας, οι παιδικές χαρές μπορούν να γίνουν περισσότερο ασφαλείς, προσφέροντας ώρες ξεγνοιασιάς για τα παιδιά (Πετρίδου, Τερζίδης n.d., Καρυώτη, Καραγιάννη, Σουλτανίδου 2003, Ανώνυμος 2007).

Μέτρα πρόληψης στις παιδικές χαρές

Το παιχνίδι είναι ένα αναπόσπαστο στοιχείο της σωματικής και διανοητικής ανάπτυξης του παιδιού. Η εξέλιξη του σχεδιασμού των χώρων αυτών είναι συνδεδεμένη με τις παιδαγωγικές θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί – βάσει της παρατήρησης- σχετικά με το παιχνίδι και την σημασία του στην ανάπτυξη του παιδιού.

Στις οδηγίες που αναφέρονται σε μια μελέτη που έχει γίνει στο ΤΕΕ Τμήμα Κεντρικής Μακεδονίας (2003) αφορά στην εγκατάσταση, τον έλεγχο, την συντήρηση και τη λειτουργία όπου ο κύριος του έργου βρίσκει ένα σημαντικό οδηγό για τη συνολική διαχείριση του έργου με γνώμονα την ασφάλεια. Αναλυτικά, καθορίζονται τα είδη ελέγχων που πρέπει να γίνονται στις παιδικές χαρές: α) Οπτικός έλεγχος ρουτίνας για τον εντοπισμό εμφανών κινδύνων που προκύπτουν από χρήση, βανδαλισμό ή καιρικές συνθήκες. Β) Λειτουργικός έλεγχος για να ελεγχθεί η λειτουργία και η σταθερότητα του εξοπλισμού, κάθε 1 έως 3 μήνες καθ' υπόδειξη του κατασκευαστή. γ) Ετήσιος έλεγχος για την εξασφάλιση του συνολικού ελέγχου του εξοπλισμού, θεμελίων και επιφανειών που προκύπτουν από επιπτώσεις του καιρού, δείγματα αποσύνθεσης ή διάβρωσης και όποια άλλη αλλαγή στο βαθμό ασφάλειας σαν αποτέλεσμα επισκευών που έχουν γίνει ή από αλλαγές ή αντικαταστάσεις τμημάτων τους. Μπορεί να περιλαμβάνει εκσκαφές και αποσυναρμολογήσεις κάποιων τμημάτων. Πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο προσωπικό σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Επίσης προδιαγράφεται η τήρηση ημερολογίου ελέγχων για κάθε παιδική χαρά καθώς και η τήρηση αρχείου που θα περιλαμβάνει α) πιστοποιητικό ελέγχου και δοκιμών (αν απαιτείται) β) οδηγίες ελέγχου και συντήρησης γ) οδηγίες χρήσης (αν απαιτούνται) δ) αρχείο χειριστού και ε) ειδικά έγγραφα προσφοράς και σχεδιασμού. Προδιαγράφονται επίσης οι διαδικασίες σε περίπτωση ατυχημάτων (τήρηση αρχείου με όλες τις λεπτομέρειες) καθώς και το τι πρέπει να περιλαμβάνει η συντήρηση ρουτίνας.

Επίσης εκεί αναφέρεται ότι ο μελετητής μπορεί να ανατρέξει ώστε να επιλέξει τις ιδιότητες που πρέπει να έχει το δάπεδο της παιδικής χαράς και ιδιαίτερα το δάπεδο στον χώρο πρόσκρουσης γύρω και κάτω από παιχνίδια. Ανάλογα με το ύψος πτώσης που προδιαγράφεται για κάθε παιχνίδι, θα πρέπει να υπάρχει και το κατάλληλο υλικό δαπέδου στο κατάλληλο πάχος (Καρυώτη, Καραγιάννη, Σουλτανίδου 2003).

Είναι προφανές ότι και οι ασφαλέστερες παιδικές χαρές αν κατασκευασθούν, χωρίς τη συχνή, συνεχή και συνεπή συντήρηση, σε σύντομο χρονικό διάστημα θα απαξιωθούν και θα καταστούν επικίνδυνες για τους χρήστες τους. Στα πιστοποιημένα όργανα και για καθένα από αυτά υπάρχει ο φάκελος συντήρησης που θα πρέπει να τηρείται με συνέπεια. Σύμφωνα με τα αναγραφόμενα στους φακέλους αυτούς ο εξοπλισμός και τα εξαρτήματα θα πρέπει να επιθεωρούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα ώστε να επιτυγχάνεται τόσο η πρόληψη των ατυχημάτων όσο και η καταστροφή των κατασκευών. Υπάρχουν τριών

ειδών επιθεωρήσεις, η οπτική επιθεώρηση η οποία θα πρέπει να γίνεται καθημερινά από τον υπεύθυνο της παιδικής χαράς, ο έλεγχος της λειτουργικότητας που γίνεται κάθε 1 έως 3 μήνες - ο χρόνος που διενεργείται ο έλεγχος είναι συνάρτηση διαφόρων παραγόντων όπως του αν υπάρχει βαριά ή όχι χρήση, βανδαλισμοί, εάν είναι τοποθετημένα σε παράκτια τοποθεσία, επίπεδο μόλυνσης του αέρα, ηλικία κατασκευών κλπ-και τέλος η κύρια ετήσια επιθεώρηση του εξοπλισμού. Κατά τις πιο πάνω επιθεωρήσεις θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι οδηγίες επιθεώρησης και συντήρησης και να συντάσσονται τα κατάλληλα έγγραφα που θα αποτελούν και το αρχείο επιθεωρήσεων.

Το προσωπικό που θα φέρει σε πέρας οποιαδήποτε διαδικασία επιθεώρησης ή επισκευής θα πρέπει να έχει την απαραίτητη και κατάλληλη εκπαίδευση, να γνωρίζει την διαδικασία που θα εφαρμόσει και να έχει συγκεκριμένες εντολές σχετικά με τις ευθύνες του και τις αρμοδιότητές του. Οι πιθανές επισκευές στον εξοπλισμό θα πρέπει να γίνονται από εξειδικευμένο προσωπικό ώστε να επιτυγχάνεται η διατήρηση του επιπέδου ασφαλείας του παιχνιδότοπου.

Οι Παιδικές Χαρές πρέπει να είναι πάντα περιφραγμένες σωστά για να μην έχουν τα παιδιά εύκολη πρόσβαση στο δρόμο και η είσοδος πρέπει να μένει μόνιμα κλειστή (πόρτα με σούστα και σύρτη). Το έδαφος στις Παιδικές Χαρές θα πρέπει να μπορεί να απορροφά την ενέργεια μίας πτώσης. Ορισμένες εναλλακτικές λύσεις είναι το γρασίδι, ο κοκοποιημένος φλοιός πεύκου (τουλάχιστον 15 εκατοστά βάθος), το μπιζελοχάλικο (μέγιστο μέγεθος κόκκου 6 μμ, η άμμος (στρώμα πάχους 25 εκατ.) και οι πευκοβελόνες ή φύλλωμα δέντρων (στρώμα πάχους 10 εκατ.). Κάθε υλικό πρέπει να ανακατεύεται μία φορά την εβδομάδα, να συμπληρώνεται και να καθαρίζεται από ξένα σώματα. Να αποφεύγεται, πάση θυσία, το τσιμέντο και η άσφαλτος. Όσον αφορά στα παιχνίδια, υπάρχουν σιδερένια, ξύλινα και πλαστικά. Όλα χρειάζονται πολύ καλή συντήρηση, γι αυτό ένα μόνιμο συνεργείο συντήρησης πρέπει να «φρουρεί» τις Παιδικές Χαρές. Το ξύλο αν δεν συντηρείται συχνά εμφανίζει αγκίδες και το σίδηρο στον ήλιο πυρώνει. Όσο ασφαλής και να είναι μία Παιδική Χαρά δεν παύει να είναι επιτακτική ανάγκη η συνεχής επίβλεψη των παιδιών. Οι γονείς πρέπει να μαθαίνουν στα παιδιά τους από πολύ μικρή ηλικία να προφυλάσσονται από τους κινδύνους. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι δεν πρέπει να επιτρέπουμε στα παιδιά μας να παίζουν ελεύθερα και να χαίρονται το παιχνίδι. Εξάλλου έτσι μαθαίνουν και ανακαλύπτουν τον κόσμο γύρω τους, ενώ παράλληλα αναπτύσσουν τις ικανότητές τους. Είναι τελικά ζήτημα κοινής λογικής (Καρυώτη, Καραγιάννη, Σουλτανίδου 2003, Ανώνυμος 2007).

Κεφάλαιο 5.1.4

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΚΟΛΥΜΠΙ

Εισαγωγή

Τα καλοκαιρινά μπάνια στη θάλασσα ή την πισίνα είναι η χαρά των παιδιών, ταυτόχρονα όμως γεννούν και ανησυχία στους γονείς εξαιτίας των ατυχημάτων που μπορούν να συμβούν (Ψάλτη 2007). Η προσοχή των γονιών πρέπει κατά τους θερινούς μήνες να αυξάνεται, αφού είναι αποδεδειγμένο πως τα περισσότερα παιδικά ατυχήματα συμβαίνουν το καλοκαίρι. Την εποχή αυτή κλείνουν τα σχολεία και αυτό σημαίνει περισσότερος ελεύθερος χρόνος για τα παιδιά, πράγμα που στατιστικά αυξάνει την πιθανότητα κάποιου ατυχήματος. Σύμφωνα με το Σωματείο Αντιμετώπισης παιδικού τραύματος, πρέπει οι γονείς να μάθουν στα παιδιά όσο το δυνατόν νωρίτερα, να αναγνωρίζουν τους κινδύνους και να προφυλάσσονται από αυτούς (Ψάλτη 2007, Gender and society n.d.).

Μέτρα πρόληψης στη θάλασσα

- Ο έλεγχος της παραλίας είναι η μεγαλύτερη υποχρέωσή σας όταν πηγαίνετε για μπάνιο με τα παιδιά. Οι ειδικοί επισημαίνουν ότι ασφαλές μέρος για κολύμπι είναι πάντοτε αυτό που παρουσιάζει τους λιγότερους κινδύνους γι 'αυτό πρέπει:
 1. Οι γονείς να διαβάζουν τυχόν πινακίδες ή να ρωτάνε το ναυαγοσώστη για τις ιδιαιτερότητες της περιοχής (ρεύματα, βράχια, επικίνδυνα ψάρια, μορφολογία βυθού). Εάν η παραλία δεν είναι οργανωμένη, χρειάζεται να ενημερωθούν από τους ντόπιους ή τους άλλους λουόμενους.
 2. Να ελέγχουν αν υπάρχει μεγάλη κίνηση σκαφών ή αν γίνονται θαλάσσια σπορ κοντά στην ακτή.
 3. Να βλέπουν αν τα νερά είναι καθαρά (η γαλάζια σημαία στην παραλία εγγυάται την ποιότητα των νερών) (Ψάλτη 2007).
- Είναι πολύ σημαντικό να μάθουνε στα παιδιά από την πιο μικρή ηλικία να κολυμπούν σωστά, το κολύμπι σώζει ζωές.
- Ποτέ να μην αφήνουν μικρά παιδιά κοντά στο νερό χωρίς επίβλεψη, ακόμα και εάν ξέρουν να κολυμπούν.
- Μην αφήνετε τα παιδιά να απομακρύνονται από την ξηρά χωρίς επίβλεψη.

- Προσέχετε όταν η θάλασσα έχει βράχια. Να επισημάνουν στα παιδιά να κολυμπούν σε απόσταση από αυτά, διαφορετικά ένα δυνατό κύμα μπορεί να τα σπρώξει προς τα βράχια και να τα τραυματίσει. Ακόμη, να ζητήσουν από τα μεγαλύτερα παιδιά να βουτούν με τα πόδια και όχι με το κεφάλι, ιδιαίτερα αν δεν γνωρίζουν καλά τα νερά. Για τον ίδιο λόγο, να ζητήσουν από τα παιδιά να αποφεύγουν τα σπρωξίματα μέσα στο νερό. Ακόμη αν η θάλασσα έχει κύμα, πείτε στα παιδιά να κολυμπούν με την πλάτη προς την ακτή, ούτως ώστε να μην καλυφτούν ξαφνικά από τα κύματα και τρομάξουν (Ψάλτη 2007).
- Ορίστε με σαφήνεια στο παιδί μέχρι πού επιτρέπεται να κολυμπάει. Μπορεί να πάει πιο βαθιά μόνο εάν κολυμπάνε οι γονείς δίπλα του και είναι σίγουροι ότι μπορούν να το βοηθήσουν. Όταν το παιδί είναι παρορμητικό, χρειάζεται ακόμη πιο πολύ αυστηρότητα στα όρια που θα θέσετε. Επίσης πρέπει να είναι προσεκτικοί και με τα παιδιά που πηγαίνουν κολυμβητήριο! Οι ειδικοί επισημαίνουν ότι συχνά υπερεκτιμούν τις ικανότητες των παιδιών τους όταν αυτά πηγαίνουν κολυμβητήριο, με αποτέλεσμα να χαλαρώνουν την επιτήρησή τους (Ψάλτη 2007).
- Τα παιδιά πρέπει πάντα να συνοδεύονται από έναν ενήλικα στη θάλασσα. Ποτέ δεν πρέπει να τα εμπιστεύονται σε μεγαλύτερα παιδιά ή αδέρφια. Όσο πιο μικρό είναι το παιδί, τόσο πιο κοντά του πρέπει να είναι οι γονείς του. Στα μικρά παιδιά συνιστάται η επίβλεψη αφής – δηλαδή, να μπορούν να πιάσουν το παιδί ανά πάσα στιγμή απλώνοντας το χέρι τους (Ψάλτη 2007).
- Τα παιδιά πρέπει να μπαίνουν στο νερό όταν έχει τελειώσει η διαδικασία της πέψης, δηλαδή τέσσερις ώρες μετά το γεύμα (τόσες ώρες χρειάζονται για την πέψη ενός γεύματος με κρέας). Διαφορετικά, υπάρχει πάντα ο σοβαρότατος κίνδυνος της εισρόφησης θαλάσσιου νερού στους πνεύμονες. Για αυτόν το λόγο δεν πρέπει να δίνετε στο παιδί σάντουιτς ή πολλά φρούτα (που πέπτονται δύσκολα) ενώ κάνει ακόμη μπάνιο. Βέβαια, το τι συνιστά γεύμα προς αποφυγή στην παραλία εξατομικεύεται ανάλογα με την ηλικία και τις διατροφικές συνήθειες κάθε παιδιού, π.χ. ένα απλό σάντουιτς με τυρί μπορεί να αποτελεί πλήρες γεύμα για ένα παιδί 2 χρονών, όχι όμως και για ένα παιδί 11 χρονών. Πάντως, εάν το παιδί φάει κανονικό γεύμα στην παραλία (ακόμη και σε σάντουιτς), δεν πρέπει να ξαναμπει στο νερό πριν περάσουν 3-4 ώρες (Ψάλτη 2007).

- Μην εμπιστεύεστε τα μπρατσάκια. Ακόμη και αν τα παιδιά φορούν μπρατσάκια ή σωσίβιο, αυτό δεν σημαίνει ότι μπορούν να τα αφήνουν χωρίς επίβλεψη στο νερό, επειδή τα φουσκωτά βοηθήματα δεν αποτελούν σωστικά μέσα. Απεναντίας, με ένα ελαφρύ ρεύμα αέρα το παιδί με τα μπρατσάκια μπορεί να παρασυρθεί μακριά μέσα στο νερό. Εφόσον θέλουν το παιδί να έχει ένα βοήθημα, να προτιμήσουν τα κολυμβητικά σωσίβια επίβλεψης ή τα κολυμβητικά γιλέκα (πωλούνται κυρίως σε καταστήματα με αθλητικά είδη) (Ψάλτη 2007).
- Είναι σημαντικό τα παιδιά να μην υπερεκτιμούν τις δυνατότητές τους στο κολύμπι και να αποφεύγουν τους ηρωισμούς.
- Επικίνδυνα παιχνίδια στο νερό, όπως κράτημα αναπνοής και άλλα, πρέπει να αποφεύγονται γιατί μπορούν πολύ εύκολα να καταλήξουν σε πνιγμό.
- Σε μικρές ηλικίες, όταν τα παιδιά βρίσκονται σε σκάφος πρέπει πάντα να φοράνε εγκεκριμένα σωσίβια και να επιβλέπονται.

Μέτρα πρόληψης στην πισίνα

Ποτέ να μην κολυμπάνε τα παιδιά σε πισίνα, χωρίς επίβλεψη.

Να μάθουν οι γονείς στα παιδιά, να προσέχουν ιδιαίτερα τον περίγυρο της πισίνας, γιατί τρέχοντας ή παίζοντας μπορούν εύκολα να γλιστρήσουν και να τραυματιστούν σοβαρά.

Στην πισίνα όπως και στην θάλασσα, είναι σημαντικό να μάθουν τα παιδιά να κάνουν βουτιές, μόνο εφόσον βεβαιωθούν ότι τα νερά είναι αρκετά βαθιά και δεν υπάρχουν εμπόδια.

Εφόσον υπάρχουν μικρά παιδιά στην οικογένεια, η πισίνα πρέπει να είναι σωστά περιφραγμένη ή να έχει κάλυμμα ασφαλείας.

Να θυμάστε πως τα περισσότερα παιδιά δεν είναι αναπτυξιακώς έτοιμα για μαθήματα κολύμβησης πριν από την ηλικία των 4 ετών (Κουκουτσή 2007).

Κάθε φορά που ένα παιδί βρίσκεται μέσα ή γύρω από την πισίνα, πρέπει να είναι κοντά του ένας ενήλικας. «Κοντά του» σημαίνει σε απόσταση ίση με το χέρι τους, όταν είναι τεντωμένο (Κουκουτσή 2007).

Αν δεν μπορείτε να βρείτε το παιδί, ελέγξτε πρώτα την πισίνα. Σταθείτε στην άκρη της και ελέγξτε τον βυθό, την επιφάνεια και όλες τις γωνίες (Κουκουτσή 2007).

Κάθε φορά που απομακρύνεστε από την πισίνα, να παίρνετε μαζί το παιδί (Κουκουτσά 2007).

Μάθετε καρδιοαναπνευστική ανάνηψη (Κουκουτσά 2007).

Τα εννιά μηνύματα της Ελληνικής Εκστρατείας Πρόληψης Ατυχημάτων στον υδάτινο χώρο, που αφορούν τόσο τα μέτρα της ενεργητικής, όσο και της παθητικής ασφάλειας, προκειμένου να μειωθούν οι πνιγμοί στην νεαρή ηλικία:

Το παιδί πρέπει να εξοικειωθεί από μικρή ηλικία με το νερό (συνήθως μετά τα 4 έτη της ζωής του) και να εκπαιδευτεί στην κολύμβηση από ειδικούς. Θα γνωρίσει έτσι τους πιθανούς κινδύνους του νερού και θα αποκτήσει τη σωστή τεχνική κολύμβησης που θα επιτρέπει να κολυμπά με ασφάλεια και ευχέρεια.

Κατά την ενασχόληση με σπορ στο υδάτινο περιβάλλον το παιδί θα πρέπει να φορά οπωσδήποτε σωσίβιο (ανάλογοι μεγέθους με το σωματότυπό του).

Είναι επιθυμητό να κολυμπούν άτομα κάθε ηλικίας με παρέα, αλλά επιβάλλεται να μην κολυμπά ποτέ μόνο του ένα παιδί. Κρίνεται απαραίτητο ο συνοδός του παιδιού στο κολύμπι να είναι μαζί του μέσα στο νερό και να το επιβλέπει επιμελώς. Σε αρκετές περιγραφές παιδικών πνιγμών αναφέρεται ότι το θύμα διέφυγε της προσοχής των συνοδών για κλάσματα δευτερολέπτου. Άλλωστε για τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας το κολύμπι διασκεδαστικότερο, αλλά και ασφαλέστερο όταν κολυμπούν με παρέα.

Τα παιδιά που δεν ξέρουν κολύμβηση, πρέπει πάντα να φορούν σωσίβιο, κατάλληλο για την ηλικία και τη σωματική τους διάπλαση, όταν βρίσκονται κοντά ή μέσα στο νερό. Η χρήση όμως συσκευών επίπλευσης 'όπως τα μπρατσάκια, τα σωσίβια και τα πέδιλα, δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να υποκαταστήσει τη γονική επίβλεψη, η οποία είναι θεμελιώδους σημασίας για την πρόληψη των πνιγμών σε όλα τα μικρά παιδιά, ακόμη και σε αυτά που γνωρίζουν κολύμπι.

Το ίδιο επικίνδυνες μπορούν να αποβούν οι βουτιές με το κεφάλι ή το κολύμπι σε άγνωστα ή θολά νερά με την παρουσία βράχων, θαλάσσιων ρευμάτων ή μεγάλων κυμάτων, καθώς και η ενασχόληση με υποβρίχια σπορ (π.χ. ψαροντούφεκο), χωρίς τον απαραίτητο εξοπλισμό και τη συνοδεία έμπειρου ενήλικα.

Η κατασκευή κολυμβητικών δεξαμενών στα σπίτια ή στις ξενοδοχειακές μονάδες πρέπει να ακολουθεί τις διεθνείς προδιαγραφές, ώστε να εμποδίζεται η πρόσβασή του παιδιού χωρίς την παρουσία ενήλικα συνοδού. Η κολυμβητική δεξαμενή θα πρέπει να

είναι πλήρως περιφραγμένη και η πόρτα της να κλείνει και να ασφαρίζει αυτόματα. Δίπλα ή μέσα στην κολυμβητική δεξαμενή δεν πρέπει να υπάρχουν παιχνίδια. Το παιδί παίζοντας ή προσπαθώντας να τα πιάσει, κινδυνεύει να πέσει μέσα στο νερό. Καλό είναι να υπάρχει διαθέσιμο ασύρματο τηλέφωνο, για έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας, στην περίπτωση που χρειαστεί.

Μέσα στο σπίτι ο κυριότερος κίνδυνος πνιγμού είναι στην μανιέρα. Το μικρό παιδί δεν πρέπει ποτέ να είναι μόνο του στο μπάνιο και η πόρτα του μπάνιου πρέπει πάντα να είναι κλειδωμένη, για να μην έχει πρόσβαση ένα παιδί μικρής ηλικίας. Επίσης καλό είναι να αποφεύγονται οι μικρές διακοσμητικές δεξαμενές σε σπίτια με κήπους.

Οι οργανωμένες παραλίες θα πρέπει να επιτηρούνται από ναυαγοσώστες, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Επειδή, όμως δεν μπορούν να προβλεφθούν, και επεισόδια παρ' ολίγον πνιγμού ενδέχεται να σημειωθούν, οι γονείς πρέπει να παρακολουθήσουν μαθήματα καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Η έγκαιρη και σωστή παροχή πρώτων βοηθειών σε ένα θύμα παρ' ολίγον πνιγμού μειώνει κατά 5 φορές την πιθανότητα μόνιμης νευρολογικής βλάβης.

Συμπερασματικά, το κεντρικό μήνυμα της εκστρατείας είναι ότι ο πνιγμός στα παιδιά είναι πάντα σιωπηλός και συμβαίνει σε ελάχιστο χρόνο (Φαρμακάκης, Σπυριδόπουλος & Πετρίδου 2005).

Κεφάλαιο 5.1.5

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ

Εισαγωγή

Στη χώρα μας τις τελευταίες δεκαετίες τα τροχαία ατυχήματα είναι η κυριότερη αιτία θανάτου των νέων, κυρίως στα αστικά κέντρα. Επιπλέον, πεζοί και οδηγοί τραυματίζονται με σοβαρές ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις για τους ίδιους και το περιβάλλον τους και με μεγάλες οικονομικές επιβαρύνσεις για το Σύστημα υγείας. Παρόλα αυτά, η κυκλοφοριακή αγωγή παραμένει ουσιαστικά έξω από το σχολείο και μόνο αποσπασματικά ασχολούνται με αυτή ορισμένοι εκπαιδευτικοί στα πλαίσια των προγραμμάτων αγωγής υγείας. Η κυκλοφοριακή αγωγή δεν αποτελεί ιδιαίτερο μάθημα, αλλά ενσωματώνεται στο μάθημα της «Μελέτης του περιβάλλοντος» για τις τέσσερις πρώτες τάξεις και στο μάθημα της «Κοινωνικής και πολιτικής αγωγής» για όλες τις τάξεις του δημοτικού σχολείου από το Σεπτέμβριο του 1991 (Μαυρικάκη 2000).

Τα παιδιά μικρής ηλικίας, τις περισσότερες φορές συνοδεύονται από ενήλικες, αλλά δεν είναι λίγες οι φορές που κυκλοφορούν μόνο τους. Αν λάβουμε υπόψη μας ότι στις ηλικίες αυτές δεν έχουν πολύ αναπτυγμένη την αίσθηση του κινδύνου, δεν μπορούν να υπολογίσουν την ταχύτητα των αυτοκινήτων και το χρόνο αντίδρασης των οδηγών, ενώ ταυτόχρονα αγνοούν τον Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας (Κ.Ο.Κ.), αντιλαμβανόμαστε πόσο απαραίτητο είναι να ξεκινά η Κυκλοφοριακή Αγωγή από το νηπιαγωγείο. Σε μεγαλύτερη ηλικία, όπου κυριαρχεί ο ενθουσιασμός και ο αυθορμητισμός και τα παιδιά εκτελούν πολλές διαδρομές μόνο τους, σχολείο-σπίτι, οι κίνδυνοι εξακολουθούν να υπάρχουν και αρκετές φορές είναι περισσότεροι από αυτούς που αντιμετωπίζουν τα μικρά παιδιά. Επιπλέον, στην εφηβεία αρχίζουν να χρησιμοποιούν τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς και συχνά να οδηγούν το μηχανάκι του φίλου τους ή να παίρνουν κρυφά το αυτοκίνητο της οικογένειας (Γκούβρα, Κυρίδης Μαυρικάκη 2005)

Τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την ζωή και την υγεία των παιδιών. Πολλοί τραυματισμοί οφείλονται στο γεγονός ότι οι ενήλικες δεν ασφαλίζουν τα παιδιά στο κάθισμα του αυτοκινήτου και το πιο σημαντικό μέτρο που μπορεί να λάβει ένας γονέας για να διασφαλίσει την ασφάλεια ενός παιδιού που βρίσκεται μέσα σε όχημα είναι η ασφάλισή του στο κάθισμα του οχήματος, σε κάθε μετακίνησή του μέσα σε αυτό (Nies & McEwen 2001).

Όπως αναφέρει σε ανακοίνωσή της η Ελληνική Λέσχη Περιηγήσεων & Αυτοκινήτου (ΕΛΠΑ), σύμφωνα με στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και την Στατιστική Υπηρεσία της Ευρώπης (Eurostat), περισσότερα από 75 παιδιά ηλικίας έως 14 ετών χάνουν ετησίως τη ζωή τους στην άσφαλτο (Ανώνυμος 2008).

Το ποδήλατο είναι μια ευχάριστη και υγιής δραστηριότητα που μαθαίνει τα παιδιά να συντονίζουν τις κινήσεις τους και να αναπτύσσουν την κρίση τους. Δυστυχώς όμως το ποδήλατο αποτελεί συχνά αιτία σοβαρών έως και θανατηφόρων τραυματισμών, με αποτέλεσμα να είναι ιδιαίτερα σημαντική η ενημέρωση και εκπαίδευση των παιδιών από μικρή ηλικία. Ωστόσο, πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι τα παιδιά κάτω των 10 ετών, ακόμα και εάν έχουν εκπαιδευτεί, δεν έχουν πάντα την ωριμότητα να χρησιμοποιήσουν σωστά όσα έχουν μάθει και, κατά συνέπεια, δεν πρέπει να τους επιτρέπουμε να οδηγούν το ποδήλατό τους στο δρόμο. Γενικά η υποδομή που προσφέρεται στην Ελλάδα είναι ελλιπής. Οι ποδηλατόδρομοι και οι ειδικές λωρίδες για ποδηλάτες σπανίζουν, ενώ οι οδηγοί των άλλων οχημάτων δεν είναι ευαισθητοποιημένοι στις ανάγκες των ποδηλάτων. Παρόλα ταύτα τα παιδιά συχνά κυκλοφορούν με τα ποδήλατά τους στους δρόμους και, για την ασφάλειά τους, είναι σημαντικό να τα ενημερώνουμε. Τα παιδιά του σήμερα είναι οι γονείς του αύριο. Εάν μάθουν από μικρή ηλικία να οδηγούν σωστά και προσεκτικά το ποδήλατό τους ακολουθώντας τους κανόνες κυκλοφοριακής αγωγής, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες στο μέλλον να εξελιχθούν σε καλούς οδηγούς, καθώς και να εκπαιδεύσουν ως γονείς σωστά τα παιδιά τους (Gender and society n.d.).

Ο τραυματισμός της κεφαλής εξαιτίας της ποδηλασίας και άλλων αθλημάτων είναι άλλη μια κύρια αιτία παιδικών θανάτων και αναπηριών. Παρόλο που οι μελέτες έχουν καταδείξει ότι τα κράνη μειώνουν τον κίνδυνο τραυματισμών της κεφαλής σε περίπτωση ατυχήματος με ποδήλατο, κατά 85%, λιγότερο από το 5% των παιδιών που ποδηλατούν φορούν κράνος (American Academy of Pediatrics, 1995). Πολλά παιδιά που επιβιώνουν από σφοδρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα με ποδήλατα, εμφανίζουν σοβαρή, μόνιμη, νευρολογική βλάβη (Nies & McEwen 2001).

Skate

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής (AAP), κάθε χρόνο στα ΗΠΑ οι τραυματισμοί νεαρών ατόμων που ασχολούνται με το skateboarding οδηγούν σε περίπου 50.000 επισκέψεις στα «επείγοντα περιστατικά» των νοσοκομείων, ενώ 1.500 παιδιά και έφηβοι χρειάζονται νοσηλεία. Συνήθως οι τραυματισμοί είναι μερικές μόνο άνευ σημασίας

εκδορές και μελανιές, αλλά σπάνια, μπορούν να προκληθούν ακόμα και εγκεφαλικές βλάβες. Γι' αυτό και η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής δεν συνιστά το skateboard σε παιδιά κάτω των 5 ετών, ενώ για όσα είναι μεταξύ 6 – 10 ετών τονίζει την ανάγκη στενής επίβλεψης από τους γονείς. Τα μικρά παιδιά είναι πιο επιρρεπή σε τραυματισμούς, γιατί δεν διαθέτουν καλή ισορροπία, ενώ φυσικά έχουν άγνοια του κινδύνου.

Οι τραυματισμοί στα χέρια, τα πόδια, το λαιμό και τον κορμό ξεκινούν από απλές εκδορές και μελανιές και φτάνουν μέχρι και σε διαστρέμματα, σπασίματα και εξαρθρώσεις. Τη μεγαλύτερη επιβάρυνση πάντως δέχονται οι αστράγαλοι και οι καρποί (Αντωνοπούλου n.d).

Μέτρα πρόληψης των τροχαίων ατυχημάτων

Τα μέτρα πρόληψης πρέπει να περιέχουν παρεμβάσεις για την διάδοση της χρήσης παιδικών καθισμάτων, κράνους και ζώνης ασφαλείας. Τα παιδικά καθισματάκια μειώνουν τους τραυματισμούς των παιδιών κατά τα 2/3 , αλλά η χρήση τους στη χώρα μας είναι περιορισμένη (περίπου 25%). Επίσης, μελέτες έχουν δείξει ότι 500 θάνατοι ετησίως (περίπου το 20%) θα μπορούσαν να αποφευχθούν, εάν όλοι οι χρήστες τροχοφόρων χρησιμοποιούσαν κράνος ή ζώνη ασφαλείας. Αναφορικά με τις στρατηγικές πρόληψης ανά ηλικιακή ομάδα, για την μείωση της επίπτωσης των τροχαίων ατυχημάτων, ισχύουν τα εξής: Για παιδιά έως 15 ετών, σημαντική είναι η διαμόρφωση του οδικού περιβάλλοντος έτσι ώστε να παρέχει περισσότερη ασφάλεια στα παιδιά, καθώς και η εκπαίδευση των γονέων έτσι ώστε να φροντίζουν για την ασφαλή μεταφορά των παιδιών (τοποθέτηση των παιδιών σε ειδικά καθισματάκια προσαρμοσμένα στο πίσω κάθισμα του αυτοκινήτου και ποτέ στην μπροστινή θέση, στην αγκαλιά του γονέα ή σε πορτ μπεμπέ, ασφάλιση των θυρών από έξω κτλ). Στους έφηβους και νέους σημαντικές θα ήταν παρεμβάσεις για αποφυγή οδήγησης υπό την επήρεια ψυχοτρόπων ουσιών και αλκοόλ, παρεμβάσεις σχετικά με την χρήση του κράνους και της ζώνης ασφαλείας, καθώς και η ανίχνευση ατόμων με ριψοκίνδυνη συμπεριφορά (Petridou et al. 1998, Skalkidou et al. 1998).

Αναλυτικά για κάθε ηλικιακή ομάδα:

Για τις ηλικίες 1-4 ετών

1. Τα παιδιά αυτής της ηλικίας δεν έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίσουν την κυκλοφορία. Ποτέ μην τα αφήνετε λοιπόν μόνα τους, ακόμη και όταν είναι παρέα με μεγαλύτερα παιδιά.
2. Επιλέξτε το μέρος που είναι ασφαλές για να παίζουν. Ποτέ στο πεζοδρόμιο ή στον δρόμο, ακόμη κι αν είναι ήσυχος. Αν δεν υπάρχει όμως άλλο μέρος για παιχνίδι, να είναι μαζί τους ενήλικας να τα προσέχει.
3. Όταν βγαίνετε μαζί τους έξω, βεβαιωθείτε ότι περπατούν στην πλευρά του πεζοδρομίου που είναι μακρύτερα από την κυκλοφορία (εσωτερικά δηλαδή), ακόμη και αν τους κρατάτε το χέρι.
4. Δώστε το καλό παράδειγμα. Εξηγήστε τους τι είναι η κυκλοφορία. Πείτε τους για τα φανάρια, γιατί πρέπει να σταματάνε και να ελέγχουνε το δρόμο πριν τον διασχίσουνε. Εξηγήστε τους τη διαφορά μεταξύ δρόμου και πεζοδρομίου. Εξηγήστε του ακόμη ότι πολλές φορές τα αυτοκίνητα και οι μοτοσυκλέτες ανεβαίνουν και στο πεζοδρόμιο για διάφορους λόγους, συνεπώς και εκεί πρέπει να προσέχουν.

Για τις ηλικίες 5-6 ετών

1. Όποτε βγαίνετε με το παιδί στο δρόμο, να του λέτε τι πρόκειται να κάνετε και γιατί. Ειδικά για τις διασταυρώσεις, πρέπει να του μάθετε τα βασικά σημεία της ασφαλούς διάσχισής της: α) να βρίσκει ένα ασφαλές μέρος να σταθεί, το οποίο θα είναι ορατό από τους διερχόμενους οδηγούς, β) να μην περνάει ανάμεσα από σταθμευμένα αυτοκίνητα, γ) να περιμένει έως ότου σιγουρευτεί ότι μπορεί να περάσει απέναντι με ασφάλεια, δ) να ξεκινά όταν δεν θα υπάρχει κανένας κίνδυνος, ε) να μην χρονοτριβεί και να μην είναι αφηρημένο καθώς διασχίζει τον δρόμο.
2. Να κάνετε με το παιδί πρακτική εξάσκηση, σε ήσυχους δρόμους κοντά στο σπίτι. Πρώτα δείξτε του τι και πως να το κάνει. Μετά, αφήστε το να σας οδηγήσει εκείνο για να περάσετε απέναντι. Αργότερα αφήστε το να έλθει σε εσάς προσεκτικά, όταν το περιμένετε εσείς στο απέναντι πεζοδρόμιο.
3. Να θυμάστε ότι στην ηλικία αυτή το παιδί δεν είναι πραγματικά έτοιμο να διασχίσει το δρόμο, γι' αυτό και πάντοτε πρέπει να βρίσκεται κοντά του ένας ενήλικας.
4. Επειδή τα περισσότερα ατυχήματα γίνονται όταν το παιδί αρχίζει το σχολείο και δεν συνοδεύεται από ενήλικα, προσπαθήστε να συνδυάσετε τις ώρες σχολείου με κάποιον άλλο γονέα για να παίρνει το παιδί σας από το σχολείο, εάν δε μπορείτε εσείς οι ίδιοι.

5. Να επιλέγετε την πιο ασφαλή διαδρομή από το σπίτι προς το σχολείο και να την κάνετε μαζί με το παιδί, εξηγώντας του καθ' οδόν τα σημεία που πρέπει να προσέχει. Όπου υπάρχει διασταύρωση με φανάρι, να την χρησιμοποιείτε.

Για τις ηλικίες 7-9 ετών

1. Εξηγήστε στο παιδί τα στάδια που χρειάζονται για να διασχίσει με ασφάλεια ένα δρόμο χωρίς σηματοδότη.

2. Αφού βεβαιωθείτε ότι το παιδί έχει κατανοήσει τα παραπάνω, να του κάνετε πρακτική εξάσκηση, ξεκινώντας από ήσυχους δρόμους, που στο παρελθόν έχετε διασχίσει μαζί. Παρακολουθήστε το και βεβαιωθείτε ότι ξέρει τι κάνει, πριν το αφήσετε να διασχίσει μόνο του έναν ήσυχο δρόμο.

3. Επαναλάβετε αργότερα την παραπάνω διαδικασία σε πιο πολυσύχναστους δρόμους. Και πάλι, πρέπει να κάνετε πολλές δοκιμές μαζί με το παιδί, πριν το αφήσετε να διασχίσει μόνο του τον δρόμο.

4. Να θυμάστε ότι πολλά παιδιά (όπως και ενήλικες) δεν είναι ικανά να κρίνουν την ταχύτητα με την οποία κινούνται τα αυτοκίνητα, ούτε πόσο μακριά βρίσκονται αυτά. Να θυμάστε επίσης πως η ηλικία που τα παιδιά κατανοούν τα θέματα αυτά, διαφέρει από παιδί σε παιδί.

5. Να ντύνετε το παιδί με λαμπερά χρώματα (ή χρώματα που «τραβούν το μάτι» των οδηγών) και όχι με μαύρα ρούχα, ιδίως όταν ο καιρός είναι μουντός ή συννεφιασμένος (να θυμάστε, όμως, ότι και τα πιο λαμπερά χρώματα δεν φωσφορίζουν το βράδυ στους σκοτεινούς δρόμους). Εξηγήστε στο παιδί γιατί το ντύνετε με ανοικτά χρώματα, ειδικά το βράδυ.

Για τις ηλικίες 10-15 ετών

Είναι οι ηλικίες που τα παιδιά χρειάζονται και απαιτούν σταδιακά την ανεξαρτησία τους και αρχίζουν να μετακινούνται μόνο τους (λ.χ. για να επισκεφθούν τους φίλους τους).

Δυστυχώς, όμως, είναι και οι ηλικίες που τα παιδιά νομίζουν ότι τα ξέρουν όλα, ενώ ειδικά το ηλικιακό φάσμα 12-15 ετών είναι αυτό στο οποίο παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής παιδιών σε ατυχήματα με αυτοκίνητο.

1. Συνεχίστε να μιλάτε στο παιδί για τους κινδύνους της κυκλοφορίας. Να του υπενθυμίζετε ότι πρέπει να περιμένει να σταματήσει η κίνηση για να διασχίσει ένα δρόμο, να χρησιμοποιεί τις διαβάσεις των πεζών, να μη διασχίζει το δρόμο κάνοντας ζιγκ-ζαγκ και, εάν υπάρχει νησίδα στη μέση μιας λεωφόρου, να διασχίζει τη λεωφόρο σαν να πρόκειται για δύο ξεχωριστούς δρόμους (σταματώντας δηλαδή και περιμένοντας επάνω στη νησίδα).
2. Να συζητάτε με το παιδί τους κινδύνους κάθε διαδρομής που πρόκειται εκείνο να κάνει (κυρίως αυτή του σχολείου).
3. Ελέγξτε εάν το παιδί μπορεί να κρίνει σωστά την ταχύτητα και την απόσταση των αυτοκινήτων σε έναν πολυσύχναστο δρόμο - και συζητήστε μαζί του για τα ασφαλή περάσματα του συγκεκριμένου δρόμου.
4. Να λέτε επίμονα στο παιδί ότι ποτέ δεν πρέπει να διασχίζει ένα δρόμο ακολουθώντας «τυφλά» τους φίλους του. Πάντα πρέπει να σκέπτεται και να προσέχει εκείνο τον εαυτό του.
5. Να δίνετε το καλό παράδειγμα στο παιδί - τόσο ως πεζοί όσο και ως οδηγοί (μην ξεχνάτε ποτέ την ζώνη ασφαλείας ή/και το κράνος)

Τα καθίσματα ασφάλειας παιδιών μειώνουν τον κίνδυνο θανάτου στα επιβατικά αυτοκίνητα κατά 71% για τα νήπια, και κατά 54% των μικρών παιδιών 1 έως 4 έτη. Υπάρχει ένδειξη ότι οι νόμοι καθισμάτων ασφάλειας παιδιών, τα εκπαιδευτικά προγράμματα καθισμάτων ασφαλείας και οι κοινοτικές εκστρατείες εκπαίδευσης και επιβολής είναι αποτελεσματικά στην αυξανόμενη χρήση της ζώνης ασφαλείας στα παιδιά (Gender and society n.d.).

Σε περίπτωση απότομου φρεναρίσματος ή τροχαίου ατυχήματος, η ζώνη σταματάει την κίνηση του σώματος προς τα εμπρός, εμποδίζοντας σοβαρούς έως και θανατηφόρους τραυματισμούς. Η κανονική ζώνη του αυτοκινήτου προστατεύει άτομα με ύψος πάνω από 1,5 μ. Για παιδιά μικρόσωμα (κάτω του 1,5 μ.), υπάρχουν διάφορα είδη καθισμάτων και ζώνες ασφαλείας, ανάλογα με το ύψος και το βάρος τους.

Προσοχή! Ο αερόσακος στο μπροστινό κάθισμα είναι κατασκευασμένος για να προστατεύει άτομα με ύψος πάνω από 1,5 μ. Στην αντίθετη περίπτωση μπορεί να προκαλέσει σοβαρό τραυματισμό. Βγαίνετε πάντα από την πλευρά του πεζοδρομίου και προσέχετε πριν ανοίξετε την πόρτα του αυτοκινήτου για να μην προκαλέσετε κάποιο ατύχημα.

Όταν βγαίνουν στο δρόμο με το ποδήλατο, θεωρούνται οδηγοί οχήματος και για την ασφάλειά τους, καθώς και την ασφάλεια των πεζών και των άλλων οδηγών, πρέπει να ακολουθούν πάντοτε τους κανόνες του Κ.Ο.Κ. Όλοι οι οδηγοί είναι υποχρεωμένοι να προσέχουν τους πεζούς:

α) Οφείλουν να σταματούν πάντα πριν από τη Διάβαση των Πεζών, όταν το φανάρι είναι κόκκινο για τους οδηγούς ή όταν υπάρχουν ακόμα πεζοί που διασχίζουν τη Διάβαση.

β) Όταν ετοιμάζονται να στρίψουν σε δρόμο που έχει στην αρχή του Διάβαση Πεζών, πρέπει να δίνουν πάντα προτεραιότητα στους πεζούς.

γ) Πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα τους πεζούς που ετοιμάζονται να ανέβουν ή να κατέβουν από τα Μέσα Μαζικής Κυκλοφορίας (λεωφορεία, τρόλεϊ κτλ). Όταν οδηγούν το ποδήλατό τους στο δρόμο, δεν επιτρέπεται να κινούνται αντίθετα προς την κατεύθυνση της κυκλοφορίας των οχημάτων.

Όταν οδηγούν το ποδήλατο στο δρόμο απαγορεύεται:

α) να τους τραβάει άλλο όχημα

β) να τραβούν ή να σπρώχνουν άλλο αντικείμενο ή ζώο

γ) να μεταφέρουν αντικείμενα που τους εμποδίζουν να οδηγούν σωστά ή μπορούν να προκαλέσουν ατύχημα σε πεζούς και οδηγούς άλλων οχημάτων,

δ) να χρησιμοποιούν ακουστικά και κινητά τηλέφωνα. Πρέπει να κρατούν πάντοτε το τιμόνι του ποδηλάτου με τα δύο χέρια μας, εκτός εάν χρειαστεί να κάνετε σήμα για αλλαγή κατεύθυνσης.

Σε δύσκολες καταστάσεις, για την ασφάλειά τους και την ασφάλεια των πεζών γύρω τους, να κατεβούν από το ποδήλατο και να το οδηγούν περπατώντας.

Απαγορεύεται να μεταφέρουν άλλους με το ποδήλατό τους

Όπου υπάρχει ειδική λωρίδα για ποδηλάτες, είναι υποχρεωμένοι να τη χρησιμοποιούν.

Όλοι απαγορεύεται να οδηγούν όταν είναι κουρασμένοι, έχουν πει φάρμακο ή οινοπνευματώδες ποτό. Όλα αυτά επηρεάζουν αρνητικά τον τρόπο που οδηγούν (ζαλίζονται ή νυστάζουν).

Για την ασφάλειά τους και για να μην προκαλέσουν ατύχημα σε άλλους, είναι υποχρεωμένοι να συντηρούν το ποδήλατό τους, ώστε να βρίσκεται πάντα σε καλή κατάσταση:

Το ποδήλατό τους πρέπει να έχει φρένα και στις δυο ρόδες, που λειτουργούν σωστά.

Πρέπει να ελέγχουν ότι τα λάστιχα του ποδηλάτου τους είναι πάντα σε καλή κατάσταση.

Για να κυκλοφορούν το βράδυ και τη νύχτα, πρέπει να έχουνε στο ποδήλατό μας λευκό ή κίτρινο φως μπροστά, κόκκινο φως και αντανακλαστικό πίσω, καθώς και αντανακλαστικά σε κάθε πλευρά και στα πετάλια.

Για να μπορούνε να προειδοποιούνε τους πεζούς και τους οδηγούς των άλλων οχημάτων, πρέπει το ποδήλατό μας να έχει κουδούνι, το οποίο λειτουργεί.

Σύμφωνα με τον Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας, ο ποδηλάτης, εφόσον κυκλοφορεί στο δρόμο, είναι υποχρεωμένος να έχει άδεια κυκλοφορίας για το ποδήλατό του, καθώς και νόμιμες αντανακλαστικές πινακίδες τις οποίες χορηγεί η Τροχαία.

Είτε ως ποδηλάτες, είτε ως πεζοί, είναι υποχρεωμένοι να παρατηρούνε και να ακολουθούνε τις υποδείξεις των Αστυνομών και των Σχολικών Τροχονόμων.

Ποτέ ποδήλατο χωρίς κράνος ασφαλείας

Για την ασφάλειά τους και για να μην προκαλέσουν ατύχημα σε άλλους, όταν κινούνται στο δρόμο ως πεζοί ή οδηγοί (ποδηλάτες), εκτός από τις υποδείξεις των Τροχονόμων και τις γραμμές πάνω στο οδόστρωμα, πρέπει πάντα να ακολουθούνε:

α) Τη φωτεινή σηματοδότηση (φανάρια). Υπάρχουν φανάρια που ρυθμίζουν την κυκλοφορία των πεζών και φανάρια που ρυθμίζουν την κυκλοφορία των οδηγών (ποδηλάτες). Και στις δύο περιπτώσεις πρέπει πάντα να τα σεβόνται. Σταματάμε στο κόκκινο, προχωράτε στο πράσινο.

Το πράσινο που αναβοσβήνει σημαίνει ότι μπορείτε να περάσετε αλλά με ιδιαίτερη προσοχή και αφού ελέγξετε και τις δυο κατευθύνσεις.

Στο κίτρινο, ο ποδηλάτης μπορεί να περάσει με ιδιαίτερη προσοχή και μόνο εφόσον δεν υπάρχουν πεζοί ή άλλα οχήματα.

Στο κίτρινο, ο ποδηλάτης πρέπει να σταματήσει, όπως και στο κόκκινο, εκτός αν βρίσκεται τόσο κοντά στη διάβαση που δεν προλαβαίνει.

β) Τις πινακίδες.

Οι πινακίδες τοποθετούνται σε καθορισμένα σημεία του δρόμου για να ρυθμίζουν την κυκλοφορία, να προειδοποιούν και να πληροφορούν τους πεζούς και τους οδηγούς (Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος 2008).

Με πρωτοβουλία του ΚΕΠΠΑ και σε συνεργασία με το Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα» το 1996, προωθήθηκε αυτό το πρόγραμμα που στοχεύει στην ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των γονέων σχετικά με την ανάγκη ασφαλούς μεταφοράς με το αυτοκίνητο των βρεφών κάτω από οχτώ μηνών, μέσω της διάθεσης παιδικών καθισμάτων αυτοκινήτου. Τα παιδικά καθίσματα δανείζονται με ένα μικρό κόστος στους ενδιαφερόμενους γονείς (από τις εταιρείες UNIKID και CHICCO), συνήθως για μια περίοδο έξι μηνών, προσφέροντας έτσι μια οικονομική εναλλακτική λύση, καθώς συχνά τα παιδικά καθίσματα αυτοκινήτου είναι ακριβά.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει:

1. Λεπτομερή περιγραφή, εξήγηση και παρουσίαση της σωστής χρήσης των παιδικών καθισμάτων αυτοκινήτου στους ενδιαφερόμενους από ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό επισκέπτη.
2. Επιμόρφωση των γονέων σχετικά με τους διαφορετικούς τύπους παιδικών καθισμάτων ανάλογα με την ηλικία (Πετριδού 2003).

-Ακόμη θα πρέπει να αναφέρουμε άλλο ένα τραγικό δυστύχημα που μοιάζει με τροχαίο, το οποίο συμβαίνει κοντά στο σπίτι όπου κάποιος έχει αφήσει το φορτηγό ή το αυτοκίνητό του απέξω. Ο οδηγός ξεκινάει το μεταφορικό μέσο χωρίς να κοιτάξει μήπως ένα παιδί είναι κάτω από το φορτηγό.....Πρέπει πάντα να ελέγχετε πριν μπειτε στο όχημά σας (Τσελίκας 1999).

-Αρκετά τροχαία ατυχήματα οφείλονται στο ότι τα παιδιά – επιβάτες, ενοχλούν και εκνευρίζουν τους γονείς – οδηγούς. Για να υπάρχει ηρεμία, κυρίως σε μεγάλες διαδρομές, πρέπει να βεβαιώνονται ότι τα παιδιά στο αυτοκίνητο έχουν κάποια ασφαλή παιχνίδια για να απασχολούνται καθώς και προστασία από τον ήλιο με το αντηλιακό κουρτινάκι αυτοκινήτου). Πρέπει επίσης να προγραμματίζονται κάποιες στάσεις, για να μπορούν τα παιδιά να κινηθούν εκτός αυτοκινήτου, ώστε στη συνέχεια να είναι ήρεμα κατά τη διαδρομή.

-Εάν τα παιδιά απαιτούν την προσοχή μας, σταματάμε προσεκτικά σε ασφαλές σημείο του δρόμου, πριν ασχοληθούμε μαζί τους (Γιαννοπούλου n.d.).

-Τέλος να δοθεί το δικαίωμα στα όργανα της τάξης που κάνουν πεζή περιπολία, να σταματούν τους ποδηλάτες ή οδηγούς ηλεκτροκίνητων οχημάτων ηλικίας έως δεκαπέντε ετών που κινούνται πάνω στο πεζοδρόμιο, και να του κρατούν το όχημα. Το ποδήλατο ή

ηλεκτροκίνητο όχημα για να δοθεί πίσω, θα πρέπει να προσέλθει ο κηδεμόνας του νεαρού ή της νεαρής για να το παραλάβει (Ανώνυμος 2006).

Όσον αφορά για το skate τα μέτρα πρόληψης είναι τα παρακάτω:

1. Για να κάνει κάποιος skate χρειάζεται πάνω από όλα το κράνος. Ανεξάρτητα από την ηλικία και την εμπειρία, οι ειδικοί συνιστούν τη χρήση κράνους, ώστε να αποφεύγονται οι τραυματισμοί στο κεφάλι, που είναι φυσικά και οι πιο επικίνδυνοι.
2. Απαιτούνται προστατευτικά για τους καρπούς, τους αγκώνες και τα γόνατα (επικάρπια κα, επιγονατίδες κ.λ.π.).
3. Σημαντικό για όσους ασχολούνται με το skate είναι και η επιλογή των κατάλληλων παπουτσιών. Τα ειδικά αθλητικά παπούτσια που μπορεί να βρει κανείς σε μαγαζιά που ασχολούνται με το skate, είναι ελαφριά και παρέχουν προστασία στα σημεία του ποδιού που κινδυνεύουν από τραυματισμούς.
4. Οι αρχάριοι καλό είναι να αποφεύγουν τις μακριές σανίδες, που είναι δυσκολότερες στην ισορροπία και στο χειρισμό. Οι γονείς πρέπει να βοηθήσουν το παιδί να επιλέξει μια μικρότερη σε φάρδος σανίδα, ώστε το skate να είναι πιο ελαφρύ στα πόδια και να γυρίζει πιο εύκολα, και προτιμήστε μικρής ταχύτητας ρουλεμάν.
5. Πριν ανέβει πάνω στη σανίδα, πρέπει να έχει αδειάσει τις τσέπες του από οποιοδήποτε σκληρό ή αιχμηρό αντικείμενο.
6. Το skate πρέπει να βρίσκεται σε καλή κατάσταση. Πριν από κάθε χρήση, καλό είναι να ελέγχει αν κάποιο εξάρτημά του είναι χαλαρό, σπασμένο ή ραγισμένο, αν υπάρχουν αιχμηρές γωνίες, αν γλιστράει η επιφάνεια της σανίδας και κατά πόσον οι ρόδες έχουν εγκοπές ή σπασίματα.
7. Δεν μπορεί το παιδί να κάνει skate οπουδήποτε. Οι ανώμαλες επιφάνειες (π.χ. το πετρώδες έδαφος) και χώροι κοντά σε δρόμους μεγάλης κυκλοφορίας πρέπει να αποφεύγονται. Επίσης, δεν πρέπει να κάνει skate με βροχερό καιρό, γιατί ένα πεζοδρόμιο που γλιστράει μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα επικίνδυνο. Το ίδιο ισχύει και για τις βραδινές ώρες ή για τα σκοτεινά σημεία.
8. Να μην δοκιμάσει κόλπα και ακροβατικά που ξεπερνούν τις δυνατότητές του. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δείχνουν οι αρχάριοι, αφού η έλλειψη εμπειρίας μπορεί να αποδειχτεί πολύ κακός οδηγός. Μάλιστα, το 1/3 των τραυματισμών αφορά παιδιά, που κάνουν skate λιγότερο από μία εβδομάδα.

9. Όταν θέλει να προπονηθεί σε ένα κόλπο ή ένα άλμα, πρέπει να το δοκιμάζει σε ελεγχόμενο περιβάλλον, ώστε μια πιθανή πτώση να είναι ακίνδυνη.

10. Το «ζέσταμα» βοηθά πολύ στο να αποφευχθούν οι τραυματισμοί. Οι διαιτητικές ασκήσεις είναι απαραίτητες τόσο πριν όσο και μετά την προπόνηση (Αντωνοπούλου n.d.).

Κεφάλαιο 5.1.6

Λοιπά ατυχήματα

1. Ένα τα συνηθισμένα μέρη που συνήθως πηγαίνουν τα παιδιά είναι οι οικοδομές για εξερεύνηση ή για παιχνίδι. Εκεί πατούν σανίδες που έχουν πάνω πρόκες και τραυματίζονται. Αυτό συμβαίνει γιατί πολλοί εργολάβοι δεν έχουν αποκτήσει τη συνήθεια να βγάζουν τις πρόκες το συντομότερο δυνατό.

2. Τραγικά συχνό είναι δυστυχώς ακόμα στην Ελλάδα ένα είδος ατυχήματος που έχει σχέση με την ευθύνη των κυνηγών και οι συνθήκες κάθε φορά είναι παρόμοιες:

3. Οι πυροβολισμοί και οι ανθρωποκτονίες με δράστες νήπια ή παιδιά που περιεργάζονται κυνηγετικά όπλα, τα οποία βρίσκουν κρεμασμένα, γεμάτα και ανασφάλιστα. Μεγάλη είναι εδώ η ευθύνη των γονέων. Τελευταία συχνά είναι και τα ατυχήματα με δράστες ή θύματα παιδιά, των οποίων ο πατέρας αστυνομικός άφησε ακλείδωτο και γεμάτο το υπηρεσιακό του περίστροφο στο σπίτι (Τσελίκας 1999).

4. Μέτρα προστασίας από την ηλιακή ακτινοβολία:

α) Αποφεύγετε την έκθεση του παιδιού στον ήλιο τις μεσημερινές ώρες (11 πμ– 3μμ), γιατί η υπεριώδης ακτινοβολία είναι εντονότερη.

β) Συνιστάται προοδευτική έκθεση στον ήλιο, ξεκινώντας από λίγα λεπτά, ώστε να ενεργοποιούνται οι φυσικοί μηχανισμοί άμυνας του δέρματος.

γ) Ντύνετε τα παιδιά με κατάλληλη ενδυμασία ,π.χ. Ρούχα ανοιχτού χρώματος.

δ) Χρησιμοποιείται σκευάσματα με αντηλιακά φίλτρα, κατάλληλα για την ηλικία και τον τύπο του δέρματος.

ε) Αποφεύγετε την έκθεση στον ήλιο βρεφών ηλικίας < 6 μηνών, αφού σ' αυτή την ηλικία δεν συνιστάται η χρήση αντηλιακών φίλτρων.

ζ) Φορέστε στα παιδιά γυαλιά ηλίου, κατάλληλα για την απορρόφηση της υπεριώδους ακτινοβολίας (Μάτζιου 2008).

5. Τα παιχνίδια προσφέρουν στα παιδιά αμέτρητη χαρά. Τα ίδια τα παιχνίδια, ωστόσο, μπορούν να αποτελέσουν αιτία σοβαρών ατυχημάτων, εάν οι γονείς δεν προσέχουν όταν τα επιλέγουν.

Κατά την αγορά παιχνιδιών για τα παιδιά καλό είναι οι γονείς:

α) Να απευθύνονται σε εξειδικευμένα μαγαζιά, στα οποία υπάρχουν πωλητές που μπορούν να τους καθοδηγήσουν στην επιλογή του κατάλληλου δώρου.

β) Να ελέγχουν ότι τα παιχνίδια που αγοράζουν έχουν στη συσκευασία τους σήμα που διευκρινίζει ότι ο κατασκευαστής τηρεί τους κανόνες ασφαλείας, όπως το CE της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

γ) Προτού αγοράσουν ένα παιχνίδι, να ελέγχουν οι ίδιοι την ποιότητά του, ότι είναι σωστά συναρμολογημένο, δε σπάει εύκολα, δεν είναι βαμμένο με τοξικά χρώματα και δεν περιέχει εύφλεκτα υλικά.

δ) Όταν αγοράζουν μπογιές, μαρκαδόρους ή πλαστελίνες να βεβαιώνονται ότι στη συσκευασία αναγράφεται ότι δεν είναι τοξικές.

Επιλογή κατάλληλου παιχνιδιού για κάθε παιδί σημαίνει:

α) Οι γονείς να χρησιμοποιούν τη λογική τους ή τη συμβουλή τρίτου κατά την επιλογή κατάλληλων παιχνιδιών, αναλόγως με την ηλικία και τα ενδιαφέροντα του παραλήπτη.

β) Όταν αγοράζουν κρεμαστά παιχνίδια που προορίζονται για κούνιες, να βεβαιώνονται για την ασφάλεια του μωρού. Το κορδόνι από το οποίο κρέμονται να μην υπερβαίνει τα 20 εκατοστά.

γ) Σε παιδιά κάτω των 3 ετών, δεν πρέπει να δίνουν παιχνίδια που αποτελούνται από μικρά κομμάτια, γιατί μπορούν να προκαλέσουν πνιγμό.

δ) Να αποφεύγουν επίσης, την αγορά παιχνιδιών με μακριά μαλλιά ή γούνα για μωρά κάτω του ενός έτους γιατί και αυτά είναι δυνατόν να προκαλέσουν πνιγμό.

ε) Τα set χημείας, τα ηλεκτρονικά παιχνίδια και τα παιχνίδια που περιλαμβάνουν ηλεκτρικά εξαρτήματα ή εξαρτήματα που θερμαίνονται, θα πρέπει να δίνονται σε παιδιά άνω των δέκα ετών και ιδανικά να χρησιμοποιούνται υπό την επίβλεψη ενηλίκων.

Προκειμένου τα παιχνίδια να μην αποτελέσουν αιτία ατυχημάτων πρέπει:

α) Να μην δίνουν ποτέ σε μικρά παιδιά δώρα μέσα σε πλαστικές σακούλες, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε ασφυξία.

β) Να αποφεύγουν τα αεροβόλα ως δώρα, διότι μπορούν να προκαλέσουν σοβαρούς τραυματισμούς, ιδιαίτερα στα μάτια. Όταν τα παιδιά παίζουν με αεροβόλα πρέπει πάντα να φορούν προστατευτικά γυαλιά.

γ) Τα αγαπημένα σας παλιά παιχνίδια δεν είναι πάντα κατάλληλα και ασφαλή για τα παιδιά σας (π.χ. παλιά οι μπογιές ήταν συνήθως τοξικές) (Ανώνυμος 2006).

6. Οι παιδότοποι είναι μαγνήτες για τα παιδιά. Τους δίνουν μια πιθανότητα να τρέξουν, να φωνάξουν να αλληλεπιδράσουν με άλλα άτομα της ηλικία τους, να ερευνήσουν και να επεκτείνουν τις δυνατότητες των αναπτυσσόμενων οργανισμών τους ενώ παράλληλα θα διασκεδάζουν. Οι ενήλικες επίσης, εκτιμούν την ευκαιρία να επισκεφτούν με ομοϊδεάτες και ομοιοπαθείς φιλικά ζευγάρια τους παιδότοπους όπου μπορούν να σχολιάσουν και να συζητήσουν ανενόχλητοι ενώ τα παιδιά τους παίζουν σε έναν ασφαλή και περιορισμένο χώρο.

Δυστυχώς, πολλοί παιδότοποι δεν είναι τόσο ασφαλείς όσο θα έπρεπε να είναι. Κάθε έτος, περίπου 250.000 παιδιά στην Ευρώπη κάτω από την ηλικία 15 απαιτούν τη νοσοκομειακή περίθαλψη για τους τραυματισμούς τους σε παιδότοπους & παιδικές χαρές, με άσχημα σπασμένα κόκαλα, αμυχές, μώλωπες ακόμα και τραυματισμούς στο κεφάλι, σύμφωνα με τις στατιστικές που μαζεύονται μέσω του εθνικού ηλεκτρονικού συστήματος επιτήρησης τραυματισμών.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στα προβλήματα των παιδότοπων:

- 1) Οι επιφάνειες κάτω από τον εξοπλισμό,
- 2) το σχέδιο και η ρύθμιση του εξοπλισμού,
- 3) πόσο καλά ο εξοπλισμός είναι εγκατεστημένος και διατηρημένος και,
- 4) πώς τα παιδιά χρησιμοποιούν τον εξοπλισμό.

Ενώ τα μικρά παιδιά δεν πρέπει ποτέ να μένουν χωρίς επίβλεψη όταν παίζουν, εάν οι παιδότοποι σχεδιάζονται καλύτερα μπορούν να καταστήσουν την εργασία του επιβλέποντα ενηλίκου ευκολότερη.

Επειδή οι πτώσεις είναι ο πιο κοινός τύπος ατυχήματος στους παιδότοπους, πρέπει να υπάρξει ιδιαίτερη προσοχή στην παρεμπόδιση των πτώσεων και την ελάττωση της

δριμύτητάς τους,. Τα παιδιά πέφτουν επειδή γλιστρούν, χάνουν το πιάσιμό τους ή χάνουν την ισορροπία τους παίζοντας στους φραγμούς, τις κούνιες, τις τσουλήθρες, το γύρω – γύρω - όλοι και τα παιχνίδια αναρρίχησης. Συχνά τραυματίζονται όχι μόνο από την πτώση αλλά με χτύπημα στον εξοπλισμό καθώς πέφτουν (Κυριακίδη 2007).

Μια ματιά στο πού και πότε τα παιδιά τραυματίζονται στους παιδότοπους μπορεί να φωτίσει τις ανάγκες των παιδότοπων και να προσφέρει σημαντική βοήθεια στην βελτίωση αυτών των χώρων.

Ο καθορισμός των χρηστών του χώρου (ηλικιακές ομάδες).

Διαφορετικές ηλικιακές ομάδες έχουν διαφορετικές ανάγκες από ένα παιδότοπο. Ο καθορισμός των χρηστών μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικές στρατηγικές οργάνωσης του χώρου ανάλογα με το είδος παιχνιδιού που πρέπει να στηρίξει (ο χώρος) για τις αντίστοιχες ηλικιακές ομάδες παιδιών. Για παράδειγμα τα μικρότερα παιδιά επωφελούνται περισσότερο από τις παιχνιδοκατασκευές –για την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων- ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά θέλουν περισσότερο χώρο για τρέξιμο, ποδήλατο κλπ. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να λαμβάνεται ώστε τα μικρότερα παιδιά –νήπια τα οποία ακόμη δεν έχουν αναπτύξει πλήρη άνεση στην κίνηση να μην βρίσκονται μέσα στον χώρο κίνησης- παιχνιδιού των μεγαλύτερων παιδιών γιατί μπορεί να συμβούν ατυχήματα. Αντίστοιχα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι συνοδοί, άτομα τρίτης ηλικίας ώστε ο χώρος να είναι φιλικός και να επιτρέπει την άνετη επίβλεψη των παιδιών

Η συμμετοχή ειδικών που κατανοούν την έννοια και τη σημασία του παιδικού παιχνιδιού.

Η διεπιστημονική προσέγγιση του θέματος είναι απαραίτητη για την επιτυχία του εγχειρήματος. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από ομάδες σχεδιασμού με σύνθεση από διαφορετικές ειδικότητες: αρχιτέκτονες, παιδαγωγούς, καλλιτέχνες. Ιδιαίτερα ακόμα και για μικρά έργα η υποστήριξη από ειδικό παιδαγωγό είναι αναγκαία. Αυτός μπορεί να πληροφορήσει τον μελετητή για τις ιδιαίτερες ανάγκες ανάλογα με την ηλικία, για τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τον χώρο τα παιδιά, τον τρόπο πρόσληψης οπτικών μηνυμάτων κλπ.

Η συμμετοχή των παιδιών στο σχεδιασμό.

Η διαδικασία αυτή βοηθά στο να οικειοποιηθούν τα παιδιά με τους χώρους αυτούς και να ενισχύσει το αίσθημα ότι ως μέλη μίας τοπικής κοινωνίας εισακούεται η άποψή τους για το περιβάλλον.

Τοποθεσία: τα χαρακτηριστικά του χώρου (ορατότητα, μέγεθος, σχήμα, ανάγλυφο κλπ) επηρεάζουν τον σχεδιασμό του χώρου, τις ευκαιρίες για την ανάπτυξη παιχνιδιού, την κοινωνική διαντίδραση καθώς και την διαχείριση του παιχνιδότοπου.

- Προσβασιμότητα: ένας παιδότοπος πρέπει να είναι εύκολα και άμεσα προσβάσιμος από όλους τους χρήστες. Οι είσοδοι πρέπει να είναι ελκυστικές και τα όρια πρέπει να είναι σαφώς ορισμένα - αλλά διαφανή - ώστε να μην απομονώνουν τον παιδότοπο από το περιβάλλον. Η είσοδος για τη συντήρηση πρέπει είναι ξεχωριστή.
- Πολυπλοκότητα και σαφήνεια: Διαφορετικές δραστηριότητες που κεντρίζουν το ενδιαφέρον και την περιέργεια για εξερεύνηση είναι απαραίτητες αλλά πρέπει να εντάσσονται σε μία δομή - δευτερεύουσες "εμπειρίες" πρέπει να ανακαλυφθούν με την πάροδο του χρόνου (να επιφυλάσσει ο χώρος εκπλήξεις).
- Κυκλοφορία: Θα πρέπει να παίρνει τη μορφή σερπαντίνας ώστε να επιτρέπει στα παιδιά να προχωρούν με μία λογική σειρά από το ένα παιχνίδι στο άλλο και να αποφεύγονται οι ευθείες διαδρομές που επιτρέπουν στα παιδιά να αναπτύσσουν μεγάλες ταχύτητες.
- Προστατευμένος χώρος : Οι χώροι παιχνιδιού πρέπει να είναι ορατοί από το παιδί και το γονιό αλλά και να προσφέρουν μία αίσθηση οικειότητας / ασφάλειας μέσα από την χρήση ορίων με διαβάθμιση στη διαφάνεια.
- Μικροκλίμα: ο παιδότοπος πρέπει να προσφέρει προστασία από ανέμους , βροχή, ήλιο και θόρυβο. Η επιλογή χώρων ώστε να σχηματίζεται δίκτυο παιχνιδότοπων- προσβάσιμων από τον πεζό βοηθά τα παιδιά στο να σχηματίζουν νοητικό χάρτη.

Σχεδιασμός

- Παροχή συμβουλευτικής υπηρεσίας/ Συμμετοχικός σχεδιασμός: Είναι σημαντικό η διαδικασία σχεδιασμού να περιλαμβάνει τη συμμετοχή παιδιών με διαφορετικές ανάγκες καθώς και των κηδεμόνων τους. Διαμεσολαβητικό ρόλο μπορεί να παίξει ένας επιστημονικός φορέας που μπορεί να συντονίσει ή και να διεξάγει ο ίδιος έρευνες με ερωτηματολόγια.
- Σχεδιασμός για όλες τις ηλικίες. Πρέπει να υπάρχει μέριμνα ώστε ο χώρος να είναι φιλικός σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (γονείς, άτομα 3ης ηλικίας, εφήβους). Οι

παιδικές χαρές χρησιμοποιούνται από μία ποικιλία ατόμων εκτός από τα παιδιά. Ιδιαίτερα οι έφηβοι –για τους οποίους υπάρχουν διεθνώς λίγες έρευνες που να εμβαθύνουν στις ιδιαίτερες ανάγκες τους από ένα υπαίθριο χώρο αναψυχής– επιλέγουν συχνά ένα πάρκο-παιδική χαρά για τόπο συναντήσεων. Είναι αναγκαίο να υπάρχει πρόβλεψη και για αυτούς διαφορετικά θα “οικειοποιηθούν” αυθαίρετα ένα χώρο πιθανά ένα χώρο που προορίζεται για μικρότερα παιδιά.

- Επιλογή εξοπλισμού παιχνιδοκατασκευών και λοιπού εξοπλισμού που πληρούν τις απαιτήσεις ασφάλειας σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Σαφής σήμανση που αναγράφει τον διαχειριστή, την τακτική παιχνιδιού (play policy) για το συγκεκριμένο παιδότοπο, οδηγίες χρήσης του παιδότοπου ανάλογα με την ηλικία, οδηγίες για τα κατοικίδια κλπ.

Επίσης:

α) ο παραδοσιακός εξοπλισμός μπορεί να φαίνεται “ξεπερασμένος” για τους ενήλικες αλλά όχι και στα παιδιά (ιδιαίτερα τα μικρά).

β) έχει σημασία ο τρόπος διευθέτησης των παιχνιδοκατασκευών μέσα στο χώρο ώστε να υπάρχει μία αλληλουχία κινήσεων από το ένα παιχνίδι στο άλλο και να υποστηρίζεται πιο αποτελεσματικά το παιχνίδι.

γ) Θεωρείται σημαντικό η παιχνιδοκατασκευή να λειτουργεί ως ορόσημο για τα παιδιά του παιχνιδότοπου μέσα στην πόλη . Αυτή η διάσταση του σχεδιασμού είναι ιδιαίτερα σημαντική στο ολοένα και πιο περιοριστικό για τα παιδιά τοπίο της σύγχρονης ελληνικής πόλης.

- Συμμετοχή καλλιτεχνών – μαστόρων στη κατασκευή των παιχνιδιών ώστε να υπάρχει το στοιχείο της πρωτοτυπίας και της τοπικότητας. Για να πληρούνται όμως βασικές απαιτήσεις ασφάλειας χρειάζεται η συμβουλευτική υπηρεσία και ο έλεγχος από τον αρμόδιο φορέα.

- Ποικιλία των χώρων διαφορετικών μεγεθών για κοινωνική συνένωση με την παροχή καθιστικών, περιπτέρων κλπ.

- Αισθήσεις: Το περιβάλλον του παιχνιδότοπου πρέπει να προσφέρει τη μέγιστη δυνατή ποικιλία σε χρώματα, υφές, σχήματα, μεγέθη, υλικά, μυρωδιές, ήχους, κίνηση, αλλαγή σκηνικού, χώρου, χρόνου.

- Διαντίδραση: κάποια στοιχεία του περιβάλλοντος πρέπει να επιτρέπουν στα παιδιά να παρέμβουν ώστε να τα αλλάζουν. Άλλα στοιχεία πρέπει να σηματοδοτούν την αλλαγή των εποχών, τον κύκλο της ζωής κλπ.

Ασφάλεια

- Ασφαλής πρόκληση: Οι χώροι παιχνιδιού θα πρέπει να παρέχουν στα παιδιά την δυνατότητα για σωστή φυσική ανάπτυξη, ισορροπία και συντονισμό χωρίς αυτά να εκτίθενται σε κίνδυνο.
- Διαβαθμισμένη πρόκληση: να παρέχονται δυνατότητες παιχνιδιού με ένα ευρύ φάσμα δυσκολιών και προκλήσεων που να καλύπτει τις απαιτήσεις κάθε ηλικίας.
- Δάπεδα ασφαλείας: σύμφωνα με τις οδηγίες της ΕΕ.
- Επίβλεψη: η έλλειψη σωστής επίβλεψης ευθύνεται για μεγάλο ποσοστό ατυχημάτων. Ο σχεδιασμός πρέπει να προβλέπει η επίβλεψη του χώρου να γίνεται εύκολα ελαχιστοποιώντας την προσπάθεια.

Είναι φανερό ότι για να πληρούνται τα παραπάνω κριτήρια σε μελέτες παιδότοπων χρειάζεται μία συνολική παιδαγωγική αντιμετώπιση και γνώση του πως αντιλαμβάνονται τον χώρο τα παιδιά. Στην Ελλάδα σήμερα ο σχεδιασμός των χώρων αυτών γίνεται εμπειρικά και διαισθητικά – με βάση βιβλιογραφικές αναφορές όπως διαπιστώσαμε στην έρευνά μας- και το κυριότερο όμως χωρίς διεπιστημονική συνεργασία. Σε αυτή την περίπτωση ο μηχανικός – μελετητής καλείται να αντεπεξέλθει σε ένα πρόβλημα όπου είναι φανερό ότι η επιστημονική του κατάρτιση δεν αρκεί. Είναι σαφές ότι ο σχεδιασμός δεν μπορεί να μένει μόνο σε αισθητικά, λειτουργικά κριτήρια και στην τήρηση των προτύπων ασφαλείας που μπορεί να προδιαγράψει ο μηχανικός αλλά χρειάζεται και συνολική παιδαγωγική προσέγγιση. Βλέποντας τι ισχύει στο εξωτερικό- φαίνεται ότι είναι αναγκαία η θέσπιση ενός διεπιστημονικού οργάνου το οποίο θα είναι επιφορτισμένο με την προώθηση του επιστημονικού έργου σε σχέση με τους παιδότοπους και το οποίο θα μπορεί να παίξει συμβουλευτικό στο σχεδιασμό των χώρων αυτών (Καρυώτη, Καραγιάννη, Σουλτανίδου 2003).

7. Θαλάσσια αθλήματα

α) Όταν κάνουν θαλάσσια αθλήματα τα παιδιά, πρέπει πάντα να φορούν εγκεκριμένα σωσίβια, ακόμα και εάν κολυμπούν καλά.

β) Εφόσον τα παιδιά θέλουν να ασχοληθούν με θαλάσσια αθλήματα, όπως ιστιοπλοΐα, θαλάσσιο ski, ιστιοσανίδα και καταδύσεις, είναι σημαντικό να παρακολουθούν πρώτα, μαθήματα σε εξειδικευμένες σχολές και να μάθουν να ακολουθούν τους κανόνες του κάθε αθλήματος.

γ) 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 (Gender and society n.d.)

δ) Βεβαιωθείτε φυσικά εάν οι καιρικές συνθήκες είναι κατάλληλες για την διεξαγωγή του σπορ.

ε) Στο θαλάσσιο ski πρέπει ο οδηγός της βάρκας να είναι έμπειρος, να κρατά τις αποστάσεις ασφαλείας από την στεριά και τα άλλα σκάφη. Επίσης είναι απαραίτητο μέσα στο ταχύπλοο να υπάρχουν δύο άτομα (ο ένας να οδηγεί και ο άλλος να προσέχει τον σκιέρ) (Ανώνυμος 2008).

8. Διακοπές στο βουνό και ασφάλεια

1) 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 κ.λ.π. καλό είναι να γίνονται σε οργανωμένες ομάδες υπό την επιτήρηση ειδικών, να ακολουθούνται αυστηρά οι κανόνες ασφαλείας και να χρησιμοποιείται ο κατάλληλος εξοπλισμός.

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

3) Να μάθουν 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.

Κατά κανόνα τα παιδιά πρέπει να μάθουν να σέβονται τα ζώα. Στην εξοχή τα παιδιά μπορεί να συναντήσουν ζώα μη κατοικίδια, όπως τσοπανόσκυλα, μουλάρια, γαϊδούρια κ.α. που δεν είναι συνηθισμένα σε κόσμο. Στην περίπτωση αυτή, θέλει προσοχή εκ μέρους των παιδιών για να μην προκληθούν σοβαρά ατυχήματα.

4) Να βεβαιωθείτε ότι στην περιοχή δεν υπάρχουν ποτάμια, πηγάδια, στέρνες, και άλλα μέρη αποθήκευσης νερού. Σε περίπτωση που υπάρχουν, να εξηγήσετε την επικινδυνότητά τους στα παιδιά και να τα αποτρέψετε να παίζουν δίπλα τους.

5) Να βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχουν δηλητηριώδη φυτά στην περιοχή π.χ. μανιτάρια, και τα παιδιά να μάθουν να τα αναγνωρίζουν και να μην τα αγγίζουν.

6) Να προσέχουν τις καλοκαιρινές καταιγίδες. Πρέπει να μάθουν τα παιδιά να μη στέκονται κάτω από δέντρα και ηλεκτρικά καλώδια και να μην κολυμπούν όταν πέφτουν κεραυνοί.

Όπου και είστε διακοπές, να μάθετε στα παιδιά να αποφεύγουν τις αλλοιωμένες τροφές, τα λιωμένα παγωτά και τα ληγμένα προϊόντα. Με τις καλοκαιρινές υψηλές θερμοκρασίες υπάρχει μεγάλος κίνδυνος δηλητηρίασης. Δεν βάζετε ποτέ στην κατάψυξη τρόφιμα που έχουν ήδη αποψυχθεί.

9. Πυροτεχνήματα και Πάσχα

Τα πυροτεχνήματα πωλούνται και χρησιμοποιούνται κυρίως την περίοδο του Πάσχα. Χωρίς την απαιτούμενη προσοχή, όμως, τα πυροτεχνήματα μπορούν να αποτελέσουν αιτία σοβαρού τραυματισμού τόσο για αυτόν που τα χρησιμοποιεί όσο και για τους γύρω του.

- Προσοχή στα πυροτεχνήματα που αγοράζουν και από που, γιατί ορισμένα από αυτά μπορεί να είναι επικίνδυνα.
- Δεν πρέπει να κατασκευάζουν μόνοι τους πυροτεχνήματα, διότι κινδυνεύουν να πάθουν σοβαρά εγκαύματα.
- Δεν πρέπει να πετάν δυναμιτάκια σε άλλους, ούτε για αστείο.
- Δεν πρέπει να μεταφέρουν δυναμιτάκια στην τσέπη τους. Με την τριβή και μόνο είναι δυνατό να ανάψουν και να προκαλέσουν σοβαρά εγκαύματα.
- Να προσέχουν να μην ανάβουν βεγγαλικά κοντά στο πρόσωπό τους και στα μαλλιά τους ή κοντά σε εύφλεκτα υλικά.

- Να μην χρησιμοποιούν πυροτεχνήματα μέσα σε πολύ κόσμο, ώστε να μην τραυματίσουν κάποιον άθελά τους.
- Να μην χρησιμοποιούν πυροτεχνήματα μέσα σε ξερά χόρτα, ώστε να μην προκαλέσουν πυρκαγιά.
- Προσοχή στις λαμπάδες! Να αποφεύγετε όσες είναι στολισμένες με εύφλεκτα υλικά. Να μην ξεχνάτε ότι η φλόγα και το λιωμένο κερί μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά εγκαύματα.
- Το Πάσχα είναι μια καλή ευκαιρία να μάθουν οι γονείς στα παιδιά να φοράνε πάντα κράνος ασφαλείας όταν κάνουν ποδήλατο.
- Όταν βάφετε τα αυγά και πλάθετε πασχαλινά κουλουράκια, να μην αφήνετε ποτέ τα παιδιά χωρίς επίβλεψη στην κουζίνα, ώστε να αποφύγουμε σοβαρά εγκαύματα.
- Την Κυριακή του Πάσχα, ιδιαίτερη προσοχή στις ψησταριές και στις σούβλες. Τα αναμμένα κάρβουνα και τα πυρωμένα σίδερα αποτελούν αιτία σοβαρών εγκαυμάτων (Γιαννοπούλου n.d.).

10. Ασφάλεια στο αγροτικό περιβάλλον

Κατά τη μελέτη ασθενών μεταξύ 0 και 19 χρονών, οι οποίοι είχαν νοσηλευθεί λόγω εξωτερικών παραγόντων νοσηρότητας και της θνησιμότητας, ο Gaspar ανακάλυψε ότι το 14.1% ζούσε στην εξοχή. Ο Pickett et al., παρατήρησε ότι ένα μεγάλο ποσοστό τραυματισμών που συνέβη στα αγροκτήματα σε παιδιά και εφήβους που ζούσαν εκεί ή που έκαναν διακοπές εκεί, δεν συσχετιζόνταν με την εργασία. Οι συντάκτες αναφέρουν πέντε σημαντικά μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν στην αποτροπή τραυματισμών:

1. Τα παιδιά δεν πρέπει να έχουν πρόσβαση εκεί που οι ενήλικοι εργάζονται, γιατί σε αυτήν την περίπτωση, τα παιδιά δεν μπορούν να εποπτευτούν κατάλληλα.
2. Πρέπει να υπάρχουν προστατευτικές μπάρες για να αποτρέψουν τα παιδιά να έχουν πρόσβαση στις θέσεις που μπορούν να εκτεθούν σε οποιονδήποτε κίνδυνο.
3. Να φυλάσσονται τα μακριά, ακίνδυνα, αγροτικά εργαλεία και ο εξοπλισμός, ώστε να μην επιτρέπουν στα παιδιά να έχουν πρόσβαση στις θέσεις όπου είναι αποθηκευμένος.
4. Αναπτύξτε τρόπους να προσέχετε τα παιδιά κατά τρόπο ασφαλή, αποτρέποντας τα να βρεθούν σε μέρη όπου δουλεύουν ενήλικοι.

5. Θεσπίστε κανόνες για τις δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο στο αγροτικό περιβάλλον (Paes & Gaspar 2005).

11. Δαγκώματα από φίδια

Τα Δαγκώματα από φίδια είναι εξαιρετικά επικίνδυνα σχεδόν 90.5% προκαλούνται από φίδια είδους Bothrops. Τα αγόριά είναι περισσότερο επιρρεπή στα δαγκώματα απ'ότι τα κορίτσια. Συνήθως, τα δαγκώματα είναι στα πόδια και τις πατούσες, και στα χέρια και τα αντιβράχια. Η άμεση αντιμετώπιση είναι κρίσιμη για καλύτερη πρόγνωση.

Εμφανίζονται συχνά σε άτομα που ζουν κυρίως στην ύπαιθρο. Τα ακόλουθα προληπτικά μέτρα, βασισμένα στο εγχειρίδιο για τη διάγνωση και τη θεραπεία των δηλητηριωδών δαγκωμάτων, είναι:

1. Το καλύτερο προληπτικό μέτρο είναι να φορεθούν μπότες μέχρι το γόνατο ή δερμάτινο παντελόνι με μπότες μέχρι το γόνατο ή παπούτσια.
2. Τα δερμάτινα γάντια πρέπει να φορεθούν για να αποτρέψουν τα δαγκώματα σε χέρια και αντιβράχια. Δεν πρέπει κανείς ποτέ να πηγαίνει σε σκοτεινά μέρη, όπως οι ρωγμές βράχου ή κούτσουρα.
3. Τα φίδια κρύβονται συνήθως στις σκοτεινά, καυτά και υγρά μέρη. Κατά συνέπεια, πρέπει να υπάρχει προσοχή κατά την εργασία ή σε τέτοιες περιοχές με αυτά τα χαρακτηριστικά, όπως οι σωροί με καυσόξυλα και ζαχαροκάλαμα, φασόλια και καλάμια καλαμποκιού.
4. Οι αρουραίοι δείχνουν την παρουσία φιδιών. Είναι απαραίτητο να διατηρούνται οι αποθηκευτικές εγκαταστάσεις πάντα καθαρές. Οι τρύπες στους τοίχους και τις πόρτες πρέπει να καλυφθούν.
5. Καθαρίστε γύρω από το σπίτι, αποφύγετε τη συσσώρευση των μπαζών, απορριμμάτων, ξύλου, βράχων, κεραμιδιών και των τούβλων, οι οποίοι συμβάλλουν στην παρουσία μικρής τροφής φιδιών ζώων επάνω. Κόψτε το γρασίδι και διατηρήστε το καθαρό (Paes & Gaspar 2005).

Κεφάλαιο 5.2

ΣΥΜΒΟΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Ορισμός του Παιδιατρικού Νοσηλευτή

Παιδιατρικός νοσηλευτής είναι ο νοσηλευτής ο οποίος έχει με επιτυχία τελειώσει αναγνωρισμένες σπουδές και έχει επίσης κλινική εμπειρία στη νοσηλευτική φροντίδα των βρεφών, των παιδιών και των εφήβων/ νέων ανθρώπων.

Ο νοσηλευτής είναι το άτομο το οποίο έχει ολοκληρώσει ένα νοσηλευτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα και είναι πιστοποιημένος και εξουσιοδοτημένος στη χώρα του να εργάζεται σα νοσηλευτής (ICN).

Αποδεικνύει συμφωνημένο επίπεδο

- Πρακτικής ικανότητας
- Θεωρητικής γνώσης

και κατάλληλες αξίες και συμπεριφορές

Ένα αναγνωρισμένο κύκλο σπουδών και έχει κλινική εμπειρία

Σπουδές που έχουν την έγκριση του εθνικού οργάνου που καθορίζει το περιεχόμενο της θεωρίας/ άσκησης και τις απαιτούμενες ικανότητες για την παιδιατρική νοσηλευτική. Αυτό μπορεί να είναι ένα κυβερνητικό κανονιστικό όργανο, ο Εθνικός Σύνδεσμος Παιδιατρικής Νοσηλευτικής, ένα ακαδημαϊκό όργανο ή συνδυασμός αυτών. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι παρέχοντες φροντίδα, ιατροί και νοσηλευτές και άλλες ομάδες μπορούν επίσης να συμμετέχουν.

Στη νοσηλευτική φροντίδα των βρεφών, παιδιών και εφήβων (νέων ανθρώπων)

Καθορίζονται με περισσότερες λεπτομέρειες αργότερα (κύρια καθήκοντα) ωστόσο καλύπτουν:

- Κατοχυρωμένα δικαιώματα για ολιστική φροντίδα επικεντρωμένη στο παιδί και στην οικογένεια
- Προαγωγή της υγείας, της πνευματικής υγείας και της ευημερίας
- Πρόληψη ατυχημάτων και ασθενειών

- Προστασία του παιδιού
- Φροντίδα των βρεφών, του παιδιού και των εφήβων με: τραυματισμούς, οξείες και χρόνιες καταστάσεις, καταστάσεις με περιορισμένο χρόνο ζωής, προβλήματα πνευματικής υγείας

Σε όλους τους χώρους

Ο κύριος σκοπός του Παιδιατρικού Νοσηλευτή είναι να προστατεύει και να προωθεί τα δικαιώματα και την υγεία των παιδιών, να παρέχει ειδικές υπηρεσίες υγείας και φροντίδας και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους μέσα στα νοσοκομεία και σε όλες τις κοινότητες της Ευρώπης. Καθώς τα παιδιά και οι οικογένειές τους είναι δεμένοι, ο Παιδιατρικός Νοσηλευτής έχει μια ειδική ευθύνη και στους δύο και για αυτό το λόγο πρέπει να εργάζεται σε συνεργασία με το παιδί και τους γονείς. Ο δεύτερος κύριος σκοπός του Παιδιατρικού Νοσηλευτή είναι να φροντίζει παιδιά όλων των ηλικιών από τη γέννηση μέχρι την εφηβεία. Όλα τα παιδιά στα διάφορα στάδια της ανάπτυξής τους έχουν τη δική τους προσωπικότητα και αντιδρούν διαφορετικά στην ασθένεια και στο περιβάλλον τους και για αυτό χρειάζονται ειδική και ατομική προσέγγιση. Για να αναγνωρίσει τις ανάγκες των παιδιών στα διαφορετικά στάδια ανάπτυξης καθώς και τις φυσικές, ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές ανάγκες, ο Παιδιατρικός Νοσηλευτής χρειάζεται ειδικές γνώσεις και ειδικευμένες δεξιότητες για να ικανοποιήσει αυτές τις ανάγκες και απαιτήσεις και να προστατεύσει την περαιτέρω ανάπτυξη.

Ο Παιδιατρικός Νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει αποδείξεις που να καταδεικνύουν την συνεχιζόμενη ανάπτυξή του, την απόκτηση ικανοτήτων κ.λ.π. Οι αποδείξεις που παρέχονται από εκπαιδευτές των κλινικών ή ακαδημαϊκών χώρων θα πρέπει να αποδεικνύουν την θεωρητική και την κλινική εκπαίδευση (Gender and society n.d.).

Οι δραστηριότητες πρόληψης ατυχήματος μπορούν να εμφανιστούν σε τρία διαφορετικά επίπεδα. Η αρχική πρόληψη περιλαμβάνει την παρεμπόδιση ενός ατυχήματος που συμβαίνει, για παράδειγμα, η χρήση των ακίνδυνων για το παιδί εμπορευματοκιβωτίων η δευτεροβάθμια πρόληψη περιλαμβάνει την παρεμπόδιση ενός τραυματισμού ως αποτέλεσμα ενός ατυχήματος, για παράδειγμα, φορώντας τα κράνη των ποδηλάτων και η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει την παρεμπόδιση των αναπτυσσόμενων επιπλοκών από έναν τυχαίο τραυματισμό, για παράδειγμα, δίνοντας τις πρώτες βοήθειες επί του τόπου του τραυματισμού. Οι δραστηριότητες μπορούν επίσης να ταξινομηθούν ως εκπαιδευτικές

ή προσεγγίσεις επιβολής . Μια εκπαιδευτική προσέγγιση θα περιελάμβανε την εκπαίδευση των γονέων και των παιδιών για να αλλάξουν συμπεριφορά μέχρι να μειώσουν τον κίνδυνο τυχαίου τραυματισμού, για παράδειγμα, εκπαιδεύοντας τους γονείς για τον εξοπλισμό ασφάλειας. Ένα σημαντικό καθήκον του νοσηλευτή είναι η εκπαίδευση των γονέων για ένα ασφαλέστερο περιβάλλον.

Τα καθίσματα ασφάλειας αυτοκινήτων νηπίων και παιδιών μπορούν να μειώσουν την επίπτωση και τη σοβαρότητα των τραυματισμών του παιδιού. Σχέδια δανείου για τα καθίσματα αυτοκινήτου. Η νομοθεσία και η εκπαίδευση μπορούν να είναι αποτελεσματικές στην αύξηση της χρήσης των καθισμάτων του παιδιού στο αυτοκίνητο.

Η χρήση κρανών ποδηλάτου μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο τραυματισμού του κεφαλιού και του εγκεφάλου. Οι εκστρατείες που βασίζονται στην εκπαίδευση της κοινότητας μπορούν να αυξήσουν τη χρήση των κρανών ποδηλάτου. Τα αστικά σχέδια επανασχεδιασμού περιλαμβάνουν την αναδιανομή της κυκλοφορίας ή τη δημιουργία των περιοχών προτεραιότητας για τους πεζούς, περιλαμβάνοντας τα μέτρα για τον περιορισμό της ταχύτητα της κυκλοφορίας μπορεί να είναι αποτελεσματικά μειώνοντας τα ατυχήματα του παιδιού που είναι πεζός. Οι ανιχνευτές καπνού μπορούν να ελαττώσουν τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα από τις πυρκαγιές. Οι ελεύθεροι ανιχνευτές καπνού μπορούν να εγκατασταθούν πάνω από 90% των σπιτιών και να είναι ακόμα λειτουργικοί ένα χρόνο μετά σε 88% των σπιτιών. Η εκπαίδευση των γονέων μπορεί να οδηγήσει σε μια μείωση των υψηλών θερμοκρασιών στις βρύσες του σπιτιού. Ο προσδιορισμός των κινδύνων στο σπίτι από τις νοσηλεύτριες μπορεί να μειώσει τον αριθμό τέτοιων κινδύνων. Οι ασφάλειες στα παράθυρα μπορεί να μειώσουν την επίπτωση των πτώσεων από εκεί. Τα ακίνδυνα για τα παιδιά εμπορευματοκιβώτια μπορούν να είναι αποτελεσματικά στη μείωση των ποσοστών της δηλητηρίασης. Οι μεσολαβήσεις των προγραμμάτων της κοινότητας βασίζονται στα τοπικά επιδημιολογικά στοιχεία που χρησιμοποιούν τις εκπαιδευτικές και περιβαλλοντικές προσεγγίσεις που μπορεί να είναι αποτελεσματικές στη μείωση του ατυχήματος των ποσοστών της παιδικής ηλικίας. Σχέδια εκπαίδευσης της κοινότητας στις πρώτες βοήθειες μπορούν να μειώσουν τα ποσοστά τραυματισμού του ατυχήματος στην παιδική ηλικία (Kendrick 1994).

Η σχολική νοσηλευτική είναι μια εξειδίκευση της νοσηλευτικής επιστήμης που προάγει την ευεξία, την ακαδημαϊκή επιτυχία και τις επιδόσεις των σπουδαστών δια βίου. Έτσι οι

σχολικοί νοσηλευτές προάγουν τη θετική ανταπόκριση των μαθητών στη φυσιολογική ανάπτυξη, την υγεία και την ασφάλεια, κάνουν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων υγείας, διαχειρίζονται περιπτώσεις και συνεργάζονται ενεργά με άλλους, με στόχο να ενισχύσουν την ικανότητα του μαθητή και της οικογένειας για προσαρμογή.

Αν και τα σχολεία παραδοσιακά δεν θεωρούνται χώροι παροχής φροντίδας υγείας, οι σχολικοί νοσηλευτές είναι συχνά η κύρια πηγή για την αξιολόγηση υγείας, την αγωγή υγείας και την επείγουσα φροντίδα των παιδιών της χώρας.

Σήμερα τα παιδιά που φοιτούν στα σχολεία προέρχονται από ποικίλες πολιτισμικές και εθνικές ομάδες και κοινωνικοοικονομικά υπόβαθρα, έχουν περισσότερο σύνθετες διαταραχές, που απαιτούν ειδικές γνώσεις και δεξιότητες για την διαχείριση τους κατά τη διάρκεια της παραμονής των παιδιών στο σχολείο.

Την ανάγκη καθιέρωσης του θεσμού του σχολικού νοσηλευτή στο δημόσιο εκπαιδευτικό σύστημα για την άμεση αντιμετώπιση των ατυχημάτων στο σχολείο, επισημαίνει ο Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος. Ενδεικτικά της συμβολής του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των σχολικών ατυχημάτων είναι τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε 1.632 μαθητές ηλικίας 5,5 έως 18 ετών, σε ιδιωτικό εκπαιδευτήριο, το οποίο διαθέτει νοσηλευτή και ιατρείο. Σύμφωνα με αυτά, το έτος 2004 - 2005 καταγράφηκαν 3.188 ατυχήματα, το 68% των οποίων αφορούσε μαθητές δημοτικού. Η συντριπτική πλειονότητα των ατυχημάτων (98%) αντιμετωπίστηκαν στο σχολείο από τον νοσηλευτή και μόλις στο 2% των περιπτώσεων χρειάστηκε να γίνει διακομιδή στο νοσοκομείο (Ανώνυμος 2006).

Ο νοσηλευτής σχολικής υγιεινής οφείλει να έχει ανώτερες γνώσεις των πρότυπων πρώτων βοηθειών και δίπλωμα CPR, και πρέπει να είναι προετοιμασμένος να παρέχει πρώτες βοήθειες και επείγουσα φροντίδα όταν ενδείκνυται. Επιπρόσθετα, πρέπει να βρίσκεται πάντα σε ετοιμότητα η διαδικασία ενεργοποίησης της Υπηρεσίας Επείγουσας Ιατρικής (EMS) (Nies & McEwen 2001).

Κεφάλαιο 5.2.1

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΟΔΗΓΙΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Εισαγωγή

Ο νοσηλευτής, που έχει διαθέσει αρκετό χρόνο στο παιδί και έχει δημιουργήσει θετική σχέση με αυτό, θα κερδίσει εύκολα τη συνεργασία του. Εάν η σχέση βασίζεται στην εμπιστοσύνη, το παιδί θα συνδέσει το νοσηλευτή με τις δραστηριότητες φροντίδας που του παρέχουν άνεση, ευχάριστη απασχόληση και διασκέδαση τον περισσότερο χρόνο και όχι με κάποιον που του προκαλεί δυσχέρεια και άγχος. Εάν ο νοσηλευτής δε γνωρίζει το παιδί, είναι καλύτερα να τον συστήσει σ αυτό κάποιος άλλος νοσηλευτής, τον οποίο εμπιστεύεται το παιδί. Κατά την πρώτη επαφή με το παιδί πρέπει να αποφευχθεί οποιαδήποτε επώδυνη εμπειρία και το ιδανικό θα ήταν αρχικά να επικεντρωθεί η προσοχή του νοσηλευτή στο παιδί και κατόπιν να ακολουθήσει η επεξήγηση της διαδικασίας. Οι γονείς που επιθυμούν να παραμείνουν κοντά στο παιδί κατά την εκτέλεση της διαδικασίας χρειάζονται προετοιμασία για το τι θα συμβεί και για το πώς μπορούν να βοηθήσουν.

Αναφέρονται παρακάτω οδηγίες προς τα παιδιά για την ασφάλεια στο σπίτι και για τον Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας:

ΚΟΥΖΙΝΑ

- Να αποφεύγετε να πλησιάζετε την κουζίνα όταν χρησιμοποιείται. Ο αναμμένος φούρνος και τα μάτια μπορούν να μου προκαλέσουν έγκαυμα. Μην παίζετε ποτέ με τους διακόπτες.
- Μην τραβάτε ποτέ μία κατσαρόλα ή ένα τηγάνι από το χερούλι για να δείτε τι έχουν μέσα. Μπορεί να έχουν καυτό λάδι, νερό ή φαγητό που θα χυθεί πάνω σας και θα σας κάψει.
- Μην σκύβετε πάνω από κατσαρόλα που βγάζει ατμό γιατί ο ατμός καίει.
- Να υπενθυμίζετε στη μαμά, ότι είναι καλύτερο να χρησιμοποιεί τα πίσω μάτια της κουζίνας για μαγείρεμα και να στρίβει πάντα το χερούλι της κατσαρόλας ή του τηγανιού προς τα μέσα, για να μην το σκουντήξετε κατά λάθος και καείτε .
- Μην παίρνετε μόνα σας από το ψυγείο ή τα ντουλάπια, κάτι να πιείτε ή να φάτε. Να το ζητάτε πάντα από κάποιο μεγάλο, γιατί μπορεί να πάρετε κατά λάθος, κάτι ακατάλληλο που θα σας πειράξει (φάρμακο, φυτοφάρμακο, εντομοκτόνο, ληγμένη τροφή, οινοπνευματώδες.).

- Μην παίζετε ποτέ με το πλυντήριο ρούχων ή το πλυντήριο πιάτων. Δεν είναι παιχνίδια.
- Μην στέκεστε μπροστά στο φούρνο μικροκυμάτων όταν δουλεύει και μην παίζετε με αυτόν, γιατί μπορεί να προκαλέσετε ατύχημα.
- Οι μικροσυσκευές (mixer – τοστιέρα, γκαζάκι....) είναι εργαλεία που βοηθούν στο μαγείρεμα. Δεν είναι παιχνίδια και δεν πρέπει ποτέ να προσπαθήσετε να τις χρησιμοποιήσετε μόνος σας.
- Μην πιάνετε και μην παίζετε ποτέ με αναπτήρες και σπέρτα, γιατί μπορεί να προκαλέσετε σοβαρό ατύχημα και να πάθετε έγκαυμα.
- Μην παίζετε με τα μαχαιροπήρουνα γιατί είναι αιχμηρά και μπορούν να τραυματίσουν εσάς ή κάποιον πλάι σας. Για τον ίδιο λόγο, δεν τρέχετε ποτέ με αυτά στο χέρι. Μάθετε πώς να τα μεταφέρετε με ασφάλεια, κρατώντας τα μακριά από το σώμα σας με τη μύτη προς τα κάτω και περπατώντας σιγά και προσεκτικά. Εξίσου προσεκτικά, μεταφέρετε ένα αιχμηρό εργαλείο, ένα γυάλινο ποτήρι ή ένα εύθραυστο πιάτο.
- Μην χρησιμοποιείτε αιχμηρό μαχαίρι για να κόψετε κάτι. Ζητάτε πάντα τη βοήθεια ενός μεγάλου.
- Να μην βάζετε ποτέ τα δάκτυλά σας ή κάποιο αιχμηρό αντικείμενο μέσα σε πρίζα. Η πρίζα έχει ηλεκτρικό ρεύμα το οποίο θα σας προκαλέσει ηλεκτροπληξία και θα σας κάψει. Για τον ίδιο λόγο μην παίζετε και με τα ηλεκτρικά καλώδια των συσκευών.
- Το σίδερο που χρησιμοποιούν για να σιδερώσουνε ρούχα, όχι μόνο έχει ηλεκτρικό ρεύμα, αλλά έχει και μία πλάκα σιδερένια που καίει πολύ όταν είναι αναμμένο. Για το λόγο αυτό, δεν το αγγίζετε ποτέ ακόμα και αν δεν είναι στην πρίζα. Προσέχετε επίσης, να μην μπλεχτείτε στο καλώδιό του και το ρίξετε πάνω σας κατά λάθος.
- Η πλαστική σακούλα είναι μόνο για να μεταφέρετε πράγματα ή να πετάτε τα σκουπίδια. Να μην παίζετε ποτέ με αυτήν και να μην τη βάζετε ούτε για αστείο στο κεφάλι σας, γιατί θα κολλήσει στη μύτη και στο στόμα σας και δεν θα μπορείτε να αναπνεύσετε.
- Τα υγρά που χρησιμοποιούν οι γονείς για να καθαρίσουνε το σπίτι, είναι πολύ δυνατά και πρέπει να τα αποφεύγετε. Εάν τα ακουμπήσετε, πρέπει να πλύνετε πολύ καλά τα χέρια σας και δεν πρέπει ποτέ να τα βάλετε στο στόμα μου ή κοντά στα μάτια σας.
- Ο πυροσβεστήρας υπάρχει στην κουζίνα μόνο για ώρα ανάγκης. Δεν είναι παιχνίδι και δεν τον αγγίζετε ποτέ.
- Προσέχετε το ζεστό νερό στη βρύση, μπορεί να είναι πολύ ζεστό και να με κάψει. Να ανοίγετε πρώτα τη βρύση με το κρύο νερό.

- Δεν σκαρφαλώνετε ποτέ σε καρέκλα, σκαμνί ή σκάλα για να φτάσετε κάτι, γιατί μπορεί να πέσετε και να χτυπήσετε σοβαρά. Να ζητάτε πάντα τη βοήθεια κάποιου μεγάλου.
- Να μην βάζετε ποτέ τα χέρια σας μέσα στο σκουπιδοτενεκέ, γιατί μπορεί να έχει πετάξει κάποιος κάτι αιχμηρό και να σας κόψει.
- Δεν τρέχετε ποτέ μέσα στην κουζίνα, γιατί υπάρχουν αντικείμενα που είναι αιχμηρά, εύθραυστα ή με καυτό περιεχόμενο, καθώς και συσκευές με ηλεκτρικά καλώδια και πρίζες και μπορεί να προκαλέσετε κάποιο ατύχημα. Για τον ίδιο λόγο, μην αφήνετε ποτέ τα παιχνίδια μου στο πάτωμα της κουζίνας και προσέχετε πάντα να μη γλιστρήσετε σε νερό ή άλλα υγρά, που μπορεί να έχουν πέσει στο πάτωμα.
- Μην κλείνετε ποτέ πόρτες, ντουλάπες ή συρτάρια βιαστικά για να μην μαγκώσετε τα δάκτυλά σας ή τα δάκτυλα κάποιου άλλου.
- Να προσέχετε πολύ μία πόρτα με τζάμι. Μπορεί να σπάσει και να σας κόψει άσχημα εάν την κλείσετε απότομα ή εάν πέσετε απάνω της.
- Να τρώτε και να πίνετε πάντα σωστά καθισμένοι, χωρίς να βιάζεστε, για να μην πνιγείτε. Να μην παίζετε ποτέ όταν τρώτε και να μην τρώτε ποτέ ξαπλωμένοι.

ΜΠΑΝΙΟ

- Να μην χοροπηδάτε ποτέ μέσα στη μπανιέρα ή στη ντουζιέρα, γιατί είναι εύκολο να γλιστρήσετε και να χτυπήσετε σοβαρά. Να ζητάτε από τη μαμά, να βάλει πλαστικό χαλάκι για να μη μπορείτε να γλιστρήσετε εύκολα.
- Να μη βάζετε ποτέ σαπούνι, σαμπουάν ή αφρόλουτρο στο στόμα σας, γιατί δεν είναι φτιαγμένα για να τρώγονται και μπορεί να σας προκαλέσουν δηλητηρίαση.
- Να μην παίζετε ποτέ με τα φάρμακα και τα καλλυντικά που βρίσκονται στο μπάνιο ή αλλού στο σπίτι. Δεν πρέπει να τα βάζετε ποτέ στο στόμα σας, γιατί μπορούν να σας κάνουν πολύ κακό. Παίρνετε μόνο τα φάρμακα που σας δίνουν οι γονείς, γιατί αυτοί ξέρουν, ποιο χρειάζονται, σε ποια ποσότητα και για ποιο λόγο.
- Δεν πρέπει να παίζετε ποτέ με το ψαλιδάκι, τα ξυράφια και το γυάλινο θερμόμετρο, γιατί δεν είναι παιχνίδια και μπορεί να κοπείτε άσχημα. Ζητήστε από κάποιο μεγάλο να σας κόψει τα νύχια.
- Δεν πρέπει να βάζετε ποτέ ξυλάκια με βαμβάκι ή οτιδήποτε άλλο στη μύτη σας ή στα αυτιά σας, γιατί μπορεί να τραυματιστείτε. Ζητήστε από κάποιο μεγάλο να σας καθαρίσει προσεκτικά τα αυτιά και να στέκεστε ακίνητοι όταν το κάνει.

- Τα υγρά που χρησιμοποιούνται για τον καθαρισμό του μπάνιου, είναι πολύ δυνατά και πρέπει να τα αποφεύγετε. Εάν τα ακουμπήσετε, πρέπει να πλύνετε πολύ καλά τα χέρια σας και δεν πρέπει ποτέ να τα βάλετε στο στόμα σας ή κοντά στα μάτια σας.
- Προσέχετε το ζεστό νερό στη βρύση, μπορεί να είναι πολύ ζεστό και να σας κάψει. Ανοίξτε πρώτα τη βρύση με το κρύο νερό.
- Να μην ρίχνετε πράγματα μέσα στη λεκάνη της τουαλέτας και αν πέσει κάτι μέσα κατά λάθος, να μην προσπαθήσετε να το βγάλετε μόνος σας, ζητήστε βοήθεια.
- Να μην βάζετε ποτέ τα χέρια σας μέσα στο σκουπιδοτενεκέ, γιατί μπορεί να έχει πετάξει κάποιος κάτι αιχμηρό και να σας κόψει.
- Δεν πρέπει να πιάνετε ποτέ διακόπτη ή ηλεκτρική συσκευή (πιστολάκι μαλλιών) όταν είναι στην πρίζα με βρεγμένα χέρια, επειδή έχουν ηλεκτρικό ρεύμα και μπορεί να πάθετε ηλεκτροπληξία.
- Να στεγνώνετε πολύ καλά τα πόδια σας, όταν βγαίνετε από τη μπανιέρα ή τη ντουζίερα, και προσέχετε πολύ εάν υπάρχουν νερά ή σαπούνια στο πάτωμα, για να μην γλιστρήσετε και χτυπήσετε άσχημα.
- Να μην κλείνετε ποτέ πόρτες, ντουλάπες ή συρτάρια βιαστικά για να μην μαγκώσετε τα δάκτυλά σας ή τα δάκτυλα κάποιου άλλου.
- Να μην κλειδώνετε ποτέ την πόρτα, γιατί μπορεί να κολλήσει η κλειδαριά και να μη μπορείτε να βγείτε.

ΣΑΛΟΝΙ

- Να μην χοροπηδάτε και να μην παλεύετε πάνω στον καναπέ, γιατί μπορεί να πέσετε και να χτυπήσετε πάνω σε άλλο έπιπλο.
- Προσέχετε πολύ εάν υπάρχει τραπέζι με τζάμι. Να μην κάθεστε ποτέ επάνω εάν είναι χαμηλό και να μην ακουμπάτε πράγματα με δύναμη, γιατί μπορεί να σπάσει και να κοπείτε άσχημα.
- Προσέχετε να μη ρίξετε κατά λάθος ένα φλιτζάνι που βρίσκεται πάνω στο τραπέζι και έχει καυτό περιεχόμενο, γιατί μπορεί να σας κάψει.
- Δεν πλησιάζετε ποτέ τασάκια με αναμμένα τσιγάρα καθώς και σπύρτα ή αναπτήρες. Δεν είναι παιχνίδια και μπορεί να σας προκαλέσουν σοβαρό έγκαιμα.
- Ο καπνός που βρίσκεται μέσα σε ένα τσιγάρο, θα σας δηλητηριάσει εάν το βάλετε στο στόμα. Για αυτό δεν βάζετε ποτέ, ούτε για αστείο, τσιγάρο ή γόπα στο στόμα σας.
- Δεν πρέπει να πίνετε τα ποτά που πίνουν οι μεγάλοι, γιατί είναι πολύ δυνατά και θα

σας

πειράξουν.

- Τις καραμέλες και τους ξηρούς καρπούς να τους τρώτε καθισμένοι, χωρίς να βιάζεστε και χωρίς να παίζετε με άλλους, γιατί εάν κάνετε μία απότομη κίνηση μπορεί να πνιγείτε.
- Όταν παίζετε με παιχνίδια που έχουν μικρά κομμάτια, να μην τα βάζετε ποτέ κατά λάθος στο στόμα σας, γιατί μπορεί να πνιγείτε.
- Δεν τρέχετε μέσα στο σαλόνι, γιατί μπορεί να γλιστρήσετε ή να πιαστεί το πόδι σας στο χαλί και να χτυπήσετε πάνω σε κάποια αιχμηρή γωνία.
- Να μην τρέχετε γύρω από την τηλεόραση και να μην παίζετε με τις άλλες ηλεκτρικές συσκευές που μπορεί να υπάρχουν στο σαλόνι (CD, DVD, Video, ηλεκτρική σκούπα, ανεμιστήρας, φωτιστικό δαπέδου), γιατί μπορεί να προκαλέσετε κάποιο ατύχημα.
- Να μην πλησιάζετε το τζάκι εάν είναι αναμμένο και να αποφεύγετε να ακουμπήσετε την προστατευτική σήτα γιατί συχνά είναι μεταλλική και θερμαίνεται πολύ. Δεν πετάτε τίποτα μέσα σε αναμμένο τζάκι και δε παίζετε ποτέ με τα εξαρτήματα του τζακιού.
- Να μην πλησιάζετε μία αναμμένη σόμπα ή ένα αερόθερμο, για να μην καείτε.
- Να μην πλησιάζετε και να μην παίζετε με αναμμένα κεριά, για να μην καείτε.
- Να μην βάζετε ποτέ τα δάκτυλά σας ή κάποιο αιχμηρό αντικείμενο μέσα σε πρίζα. Η πρίζα έχει ηλεκτρικό ρεύμα το οποίο θα σας προκαλέσει ηλεκτροπληξία και θα σας κάψει. Για τον ίδιο λόγο δεν παίζετε με διακόπτες ή ηλεκτρικά καλώδια.
- Να μην βάζετε ποτέ τα δάκτυλά σας κοντά σε έναν ανεμιστήρα που δουλεύει.
- Να μην παίζετε ποτέ κοντά σε μπαλκονόπορτα κλειστή ή τζαμένια πόρτα, γιατί μπορεί άθελά σας να πέσετε πάνω της και να κοπείτε σοβαρά με τα τζάμια.
- Να μην σκύβετε ποτέ πάνω από τα κάγκελα του μπαλκονιού, γιατί μπορεί εύκολα να χάσετε την ισορροπία σας και να πέσετε.
- Να μην περνάτε ποτέ το κεφάλι ή τα χέρια σας μέσα από τα κάγκελα του μπαλκονιού, γιατί υπάρχει περίπτωση να τραυματιστείτε προσπαθώντας να ξεφύγετε.
- Δεν πρέπει να πετάτε ποτέ πράγματα από το μπαλκόνι, όσο μικρά και αν είναι, γιατί μπορεί να προκαλέσετε ατύχημα.
- Δεν πρέπει να αφήνετε ποτέ παιχνίδια και αντικείμενα στα σκαλοπάτια, γιατί μπορεί να σκοντάψει κανείς και να τραυματιστεί σοβαρά.
- Όταν ανεβαίνετε ή κατεβαίνετε τη σκάλα, δεν πρέπει να τρέχετε, περπατάτε προσεκτικά και κρατιέστε από την κουπαστή, εφόσον υπάρχει.
- Να σέβεστε τα ζώα. Δεν πρέπει να τα ενοχλείτε, κυρίως όταν κοιμούνται, όταν τρώνε, όταν προσέχουν τα μικρά τους, όταν είναι άρρωστα ή αισθάνονται ότι προστατεύουν το

αφεντικό τους και το σπίτι τους. Προσέχετε ιδιαίτερα, όταν δεν σας γνωρίζουν και δεν έχουν μάθει να σας εμπιστεύονται.

ΚΡΕΒΑΤΟΚΑΜΑΡΑ

- Εάν τα κρεβάτια είναι κουκέτες (το ένα πάνω από το άλλο), να προσέχετε πολύ και να μην βιάζεστε όταν ανεβαίνετε και κατεβαίνετε από το επάνω κρεβάτι. Όταν βρίσκεστε στο επάνω, να μην παίζετε με άλλους και να μην σκύβετε, γιατί μπορεί εύκολα να πέσετε.
- Απαγορεύετε να βάζετε τα δάκτυλά σας ή κάποιο αιχμηρό αντικείμενο μέσα σε πρίζα. Η πρίζα έχει ηλεκτρικό ρεύμα το οποίο θα σας προκαλέσει ηλεκτροπληξία και θα σας κάψει. Για τον ίδιο λόγο να μην παίζετε με διακόπτες, ηλεκτρικά καλώδια, τη λάμπα του γραφείου και το πορτατίφ.
- Χρησιμοποιήστε φωτάκι νυκτός, ώστε εάν σηκωθείτε τη νύχτα να μη σκοντάψετε σε κάποιο έπιπλο ή αντικείμενο και κτυπήσετε.
- Να μην τρέχετε μέσα στο υπνοδωμάτιο, γιατί μπορεί να σκοντάψετε στο χαλί ή να γλιστρήσετε και να χτυπήσετε σε κάποια αιχμηρή γωνία.
- Όταν σταματήσετε να παίζετε, να μην αφήνετε τα παιχνίδια σας στο πάτωμα. Να τα μαζεύετε για να μη σκοντάψει κάποιος πάνω τους.
- Όταν παίζετε με παιχνίδια που έχουν μικρά κομμάτια, να μην τα βάζετε κατά λάθος στο στόμα σας, γιατί μπορεί να πνιγείτε.
- Να μην αφήνετε ποτέ παιχνίδια και αντικείμενα στα σκαλοπάτια, γιατί μπορεί να σκοντάψει κανείς και να τραυματιστεί σοβαρά.
- Όταν ανεβαίνετε ή κατεβαίνετε τη σκάλα, δεν πρέπει να τρέχετε, να περπατάτε προσεκτικά και να κρατιέστε από την κουπαστή, εφόσον υπάρχει.
- Να μην παίζετε με αιχμηρά αντικείμενα, όπως ψαλίδι και μολύβια, γιατί μπορούν να τραυματίσουν εσάς ή κάποιον πλάι σας. Για τον ίδιο λόγο, δεν πρέπει να τρέχετε ποτέ με αυτά στο χέρι. Μάθετε πώς να τα μεταφέρετε με ασφάλεια, κρατώντας τα μακριά από το σώμα σας με τη μύτη προς τα κάτω και περπατώντας σιγά και προσεκτικά.
- Να μην βάζετε ποτέ στο στόμα σας μολύβια, μαρκαδόρους, πλαστελίνες ή κόλλα, γιατί μπορεί να δηλητηριαστείτε. Όταν χρησιμοποιείτε κόλλα, να μην την πλησιάζετε ποτέ στα μάτια σας.
- Να μην σκύβετε ποτέ από το παράθυρο, γιατί μπορεί εύκολα να χάσετε την ισορροπία σας και να πέσετε και να μην πετάτε ποτέ πράγματα, όσο μικρά και αν είναι, γιατί

μπορεί να προκαλέσετε ατύχημα.

- Όταν παίζετε, να μη χώνεστε σε χώρους που δεν είστε σίγουρος ότι μπορεί εύκολα να βγείτε, όπως ντουλάπι που κλειδώνει και μπαούλο με μεντεσέ.
- Απαγορεύετε να τρώτε ξαπλωμένοι.

Κώδικας Οδικής Κυκλοφορίας στα παιδιά

Τα παιδιά βαδίζουν στο πεζοδρόμιο. Όταν δεν υπάρχει πεζοδρόμιο, τα παιδιά βαδίζουν στην αριστερή άκρη του δρόμου για να βλέπουν τα οχήματα που έρχονται προς το μέρος τους. Εάν είναι πολλά μαζί, βαδίζουν το ένα πίσω από το άλλο. Όταν συνοδεύετε μικρά παιδιά τα κρατάτε καλά από το χέρι και από την πλευρά του πεζοδρομίου. Όταν κυκλοφορείτε στο σκοτάδι οι οδηγοί δυσκολεύονται να σας δουν και γι αυτό είναι προτιμότερο να φοράτε ανοιχτόχρωμα ρούχα ή να έχετε αντανακλαστικές ταινίες ή ένα αναμμένο φακό. Όταν διασχίζετε το δρόμο πρώτα να βρίσκετε ένα ασφαλές μέρος (νησίδα ασφαλείας- διάβαση «ζέβρα- διάβαση με φανάρια») . να σταματάτε στην άκρη του πεζοδρομίου. Αν δεν υπάρχει πεζοδρόμιο στεκόσαστε λίγο πιο έξω από το οδόστρωμα αλλά σε σημείο από όπου να βλέπετε την κυκλοφορία. Κοιτάτε και ακούτε προσεχτικά γύρω σας για κινούμενα οχήματα. Εάν έρχονται οχήματα τα αφήνετε να περάσουν. Κοιτάτε πάλι γύρω σας και ακούτε. Όταν δεν υπάρχουν κοντά σας κινούμενα οχήματα διασχίζετε κάθετα το δρόμο. Μην ξεχνάτε ότι ένα όχημα μπορεί να πλησιάσει πολύ γρήγορα. Μην τρέχετε όταν διασχίζετε το δρόμο. Οι οδηγοί χρειάζονται πολλοί χρόνο για να σας δουν. Όταν ο δρόμος γλιστρά, τα οχήματα χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να μειώσουν την ταχύτητά τους. Όταν διασχίζεται το δρόμο, πρέπει να είστε σίγουροι ότι ο χρόνος είναι αρκετός. Να βαδίζετε από την υπόγεια ή υπέργεια διάβαση, όπου υπάρχει. Να περπατάτε πάντα πάνω στις γραμμές των διαβάσεων « ζέβρα». Να χρησιμοποιείτε τη διάβαση με σηματοδότη ο οποίος ενεργοποιείται με κουμπί από το πεζό (πεζοφάναρο) και διασχίζετε το δρόμο όταν εμφανιστεί το πράσινο ανθρωπάκι και αφού βεβαιωθείτε ότι η κυκλοφορία έχει σταματήσει. Σε μονόδρομο ελέγχεται από την πλευρά που έρχονται τα οχήματα. Καλό είναι να συμβουλευτεί τα παιδιά να ελέγχουν και από τις δύο μεριές, γιατί ακόμα και σε μονόδρομο, ορισμένοι ασυνείδητοι οδηγοί οδηγούν προς την αντίθετη κατεύθυνση. Ποτέ να μην ξεκινάτε πριν βεβαιωθείτε ότι μπορείτε να διασχίσετε με ασφάλεια τη μία ή τις περισσότερες λωρίδες. Να αποφεύγετε το πέρασμα ανάμεσα από σταθμευμένα αυτοκίνητα ή να ελέγχετε καλά πριν το κάνετε. Όταν κατεβαίνετε από το λεωφορείο,

περιμένετε πρώτα να φύγει και μετά διασχίζετε το δρόμο. Όταν περιμένετε το λεωφορείο, να στεκόσαστε στο πεζοδρόμιο, και όχι μέσα στο οδόστρωμα. Να μην διασχίζετε τις ισόπεδες σιδηροδρομικές

Διαβάσεις χωρίς να ελέγχουμε. Σταματάμε πάντοτε πριν από τις σιδηροδρομικές γραμμές, όταν κατεβαίνει ή είναι κατεβασμένη η μπάρα. Να μην παίζεται πάνω στις γραμμές του τρένου.

Όταν οδηγάμε ποδήλατο πρέπει να βεβαιωνόμαστε ότι το ποδήλατο είναι σε καλή λειτουργία (φρένα-λάστιχα- φώτα μπροστά ή πίσω-ανακλαστήρες).

Καλό είναι να μην οδηγάμε πάνω στο πεζοδρόμιο. Να κρατάτε πάντα το τιμόνι με τα δύο σας χέρια, εκτός κι αν πρόκειται να κάνετε σήμα. Να μην οδηγάτε ποτέ κρατημένοι από άλλο όχημα. όταν κυκλοφορείται πολλοί ποδηλάτες μαζί, να οδηγάτε ο ένας πίσω από τον άλλον.

Να μην μεταφέρετε άλλο επιβάτη στο ποδήλατο σας. Να κοιτάτε πίσω σας πριν στρίψετε, πριν παρακάμψετε κάποιο εμπόδιο ή πριν σταματήσετε. Να ειδοποιείτε με το χέρι τους άλλους οδηγούς. Να χρησιμοποιείτε το ποδηλατοδρόμο όπου υπάρχει. Οι πεζοί και οι ηλικιωμένοι έχουν πάντα προτεραιότητα. Σε δρόμους με μεγάλη κυκλοφορία να προσέχετε μήπως κάποιο αυτοκίνητο σταματήσει ξαφνικά μπροστά σας. Όταν προσπερνάτε παρκαρισμένα αυτοκίνητα, να προσέχετε μήπως ανοίξει κάποια πόρτα ή μήπως ξεπροβάλλουν πεζοί. Να μην οδηγάτε ακούγοντας walkman ή τηλεφωνώντας στο κινητό. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δώσετε στα ζώα που συναντάτε στο δρόμο σας .δεν τα τρομάζετε. Στις πλατείες πρέπει να δίνετε προτεραιότητα σε αυτούς που μπαίνουν στη πλατεία, δηλαδή σε αυτούς που έρχονται από τα δεξιά μας. Το βράδυ όταν έχει ομίχλη, πρέπει να έχετε μπροστά στο ποδήλατο σας ένα φανάρι (άσπρο ή κίτρινο) και πίσω ένα κόκκινο φανάρι και ένα ανακλαστήρα. Επίσης δεν πρέπει να ξεχνάτε ρούχα που να αντανακλούν στο φως.

Όσον αφορά το επιβατικό αυτοκίνητο, η ταχύτητα του είναι ανάλογη με τις περιστάσεις και το όριο ταχύτητας. Όταν επιβιβάζετε ή αποβιβάζετε από το αυτοκίνητο να προσέχετε την πόρτα που ανοίγει από την πλευρά των διερχόμενων αυτοκινήτων. Τα παιδιά πρέπει να χρησιμοποιούν την πόρτα που βρίσκεται στην πλευρά του πεζοδρομίου. Όταν το αυτοκίνητο βρίσκεται σε κίνηση να μην βγάζετε τα χέρια ή το κεφάλι από το παράθυρο. Να μην πετάτε αντικείμενα από το παράθυρο. Ν φοράτε πάντα, όλοι οι

επιβαίνοντες, τη ζώνη ασφαλείας. Τα παιδιά δεν πρέπει να κάθονται στο μπροστινό κάθισμα. Να χρησιμοποιείται τα ειδικά, ανατομικά καθίσματα για τα μικρά παιδιά. Το όχημα σας πρέπει να έχει ασφαλιστική κάλυψη. Όταν πρόκειται να οδηγήσετε να μην πίνεται αλκοολούχα ποτά (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005).

Κεφάλαιο 5.2.2

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ

Προς τους γονείς

Ένα σημαντικό καθήκον των γονέων είναι να εξασφαλίσουν στα παιδιά τους ένα ασφαλές περιβάλλον στην οικία, στη γειτονιά και στο σχολείο τους. Θα πρέπει να προστατεύσουν τα παιδιά τους από τον τραυματισμό, τη βία, την κακοποίηση και την αμέλεια. Οι γονείς θα πρέπει να μάθουν πώς να αναθρέψουν, να καθοδηγήσουν και να προστατεύσουν με τρόπο αποτελεσματικό τα παιδιά τους κατά τη διάρκεια των σταδίων ανάπτυξης της παιδικής ηλικίας (Nies & McEwen 2001).

Το γεγονός ότι η εκπαίδευση γενικεύτηκε και ότι τα παιδιά παραμένουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα στο σχολείο δε μειώνει σε καμιά περίπτωση το ρόλο της οικογένειας για τη φροντίδα τους. Εξάλλου, η κοινωνική, ψυχική, ηθική και πνευματική ανάπτυξή τους μοιράζεται μεταξύ του εκπαιδευτικού θεσμού και άλλων κοινωνικών θεσμών με προεξάρχοντα αυτόν της οικογένειας. Η ανάπτυξη των παιδιών αποτελεί μια θεσμική ευθύνη την οποία αναλαμβάνουν από κοινού η οικογένεια και το σχολείο (Hill & Koning 1970).

Ο καλύτερος «δάσκαλος οδικής ασφάλειας» για τα παιδιά είναι οι γονείς , διότι οι βασικοί κανόνες για την οδική ασφάλεια διδάσκονται στο δρόμο – και το παιδί είναι στο δρόμο με τους γονείς του, ακολουθώντας το παράδειγμά τους, είτε αυτό είναι σωστό είτε όχι.

Τι πρέπει συνεπώς να κάνουν οι γονείς; Κατ' αρχήν, να βεβαιωθούν ότι τους κανόνες οδικής ασφάλειας που προσπαθούν να διδάξουν στα παιδιά τους, τους τηρούν και οι

παππούδες , οι συγγενείς, οι φίλοι, η μπέμπι σίτερ ή όποιος άλλος φροντίζει τα παιδιά τους όταν αυτοί απουσιάζουν.

Πρέπει επίσης να εκπαιδεύσουν σωστά τα παιδιά τους, από μικρή κιόλας ηλικίας. Ο βασικός κανόνας της εκπαίδευσης είναι να γίνεται σταδιακά και με τρόπο που να ταιριάζει με την ηλικία και την ωριμότητα του παιδιού. Επειδή όμως τα παιδιά αναπτύσσουν τη σκέψη τους σε διαφορετικά επίπεδα, οι γονείς είναι αυτοί που μπορούν να αποφασίσουν πότε το παιδί τους είναι έτοιμο να μεταβεί από το ένα επίπεδο εκμάθησης στο επόμενο. Μια από τις σημαντικότερες στρατηγικές για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων είναι η επίβλεψη των παιδιών. Τρεις πτυχές θεωρούνται ουσιαστικές για μια καλή επίβλεψη : η προσοχή στο παιδί και στο περιβάλλον, η φυσική και συναισθηματική εγγύτητα και φυσικά η συνεχή επίβλεψη. Οι συγκεκριμένες όψεις αυτής της επίβλεψης πρέπει να περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά της οικογένειας και της κοινότητας, καθώς επίσης πολιτικά και μέτρα συντονισμού να καθιερωθούν για ενεργή και παθητική πρόληψη των τραυματισμών (Paes & Gaspar 2005, Ανώνυμος 2008).

Οι γονείς, όταν συνοδεύουν τα παιδιά έχουν μια καλή ευκαιρία να δώσουν τα πρώτα μαθήματα Κυκλοφοριακής Αγωγής. Θα πρέπει να μάθουν στο παιδί πώς να συμπεριφέρεται στις διαβάσεις, να του εξηγήσουν τον τρόπο λειτουργίας των σηματοδοτών, να χρησιμοποιούν πάντοτε στο αυτοκίνητο το ειδικό κάθισμα για τα παιδιά ή να χρησιμοποιούν τη ζώνη ασφαλείας για τον εαυτό τους και για παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.

Τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας θα πρέπει οι γονείς να τα συνοδεύουν, τουλάχιστον τις πρώτες φορές στις βασικές διαδρομές (σχολείο, φροντιστήριο κ.λ.π.), ώστε να τις γνωρίσουν καλύτερα και να εξοικειωθούν με αυτές. Επίσης, μπορούν να αναθέτουν στα παιδιά ευθύνες, όπως το διάβασμα ενός χάρτη στη διάρκεια ενός ταξιδιού, τη συνοδεία της μικρής αδερφής κτλ., ενώ θα πρέπει να αρχίσουν να τους μαθαίνουν τον Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας (ΚΟΚ). Στην εφηβεία το παιδί, ως μέλος της Κυκλοφοριακής Κοινωνίας πλέον, θα πρέπει να λειτουργεί με αίσθημα ευθύνης απέναντι στον εαυτό του και στα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας.

Παράλληλα, και σε συνεργασία με τους γονείς, ένα πρόγραμμα Κυκλοφοριακής Αγωγής θα πρέπει να δίνει έμφαση στις ανάγκες των παιδιών και των νέων ώστε να αναπτύξουν

θετική στάση και υπεύθυνη συμπεριφορά σχετικά με τη δική τους ασφάλεια και την ασφάλεια των άλλων στο δρόμο και μπορεί να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- A) Ενημέρωση από την τροχαία
- B) Επίσκεψη σε πάρκα Κυκλοφοριακής Αγωγής
- Γ) Γνωριμία με βασικά άρθρα του ΚΟΚ
- Δ) Ενεργοποίηση των τοπικών αρχών για την εξασφάλιση ασφαλούς προσέλευσης των μαθητών στο σχολείο
- E) Ενεργή συμμετοχή των γονέων
- Z) Βιντεοσκόπηση ή φωτογράφιση παραβάσεων του ΚΟΚ και συζήτηση επ' αυτών
- H) Παιχνίδια ρόλων για καταστάσεις που διαδραματίζονται στους δρόμους.

Για την καλύτερη εφαρμογή των προγραμμάτων Κυκλοφοριακής Αγωγής χρειάζεται η συνεργασία των γονέων – εκπαιδευτικών και Τροχαίας, η οποία είναι η καταλληλότερη για να υποδείξει καταστάσεις που εγκυμονούν κινδύνους και να προστατεύσει γονείς και παιδιά από τον κίνδυνο ενός ατυχήματος (Γκούβρα, Κυρίδης Μαυρικάκη 2005)

Ο χαρακτήρας, η ηλικία και οι ιδιαιτερότητες του παιδιού πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους γονείς κατά την επίπλωση και διακόσμηση του σπιτιού, ενώ είναι σημαντικό από μικρή ηλικία να μαθαίνετε στα παιδιά να αναγνωρίζουν τους κινδύνους και να προφυλάσσονται από αυτούς. Ειδικά για τα πολύ μικρά παιδιά, πρέπει να φροντίσετε ώστε το σπίτι να είναι στα μέτρα τους, αποτρέποντας έτσι τον κίνδυνο του «σκαρφαλώματος» σε καρέκλες, τραπέζια και γενικά ψηλά σημεία. Ένα ειδικό σκαμπό στο μπάνιο, για παράδειγμα, θα το βοηθήσει να φτάνει το νιπτήρα, ενώ η πετσέτα του πρέπει να τοποθετηθεί σε σημείο που να μπορεί να την πιάσει μόνο του. Χαμηλές κρεμάστρες ή γάντζοι στον τοίχο του δωματίου του θα του δώσουν την ευκαιρία να φτάνει τα ρούχα του, χωρίς να χρειαστεί να σκαρφαλώσει σε καρέκλες, ενώ είναι πολύ σημαντικό να μπορεί να φτάνει μόνο του με ευκολία τα παιχνίδια του.

Επικίνδυνα σημεία και τι πρέπει να κάνετε

Εξασφαλίστε ότι οι σκάλες δεν είναι απότομες και γυαλιστερές, όπως και τα πατώματα του σπιτιού. Βάλτε ειδικές σημάτσες στις τζαμαρίες Αποφεύγετε καρέκλες ή τραπέζια κοντά στα παράθυρα και δίπλα στα κάγκελα της βεράντας ή τουμπαλκονιού. Χαμηλώστε το θερμοστάτη του θερμοσίφωνα και καλύψτε τις ηλεκτρικές πρίζες.

Μάθετε να αδειάζετε όλα τα ποτήρια με τυχόν υπολείμματα ποτών και μην κυκλοφορείτε απρόσεκτα με ζεστά ροφήματα. Συνηθίστε να μαγειρεύετε στα πίσω μάτια της κουζίνας έτσι ώστε να μην είναι εύκολο στο παιδί να τραβήξει τις κατσαρόλες. Μην αφήνετε ξηρούς καρπούς μέσα σε μπολ. Τοποθετήστε αντιολισθητικό χαλάκι στην μπανιέρα και ακόμη και αν τα παιδιά είναι μεγάλα αφήνετε πάντα την πόρτα του μπάνιου ανοικτή. Μην αφήνετε άδειες πλαστικές σακούλες σε σημεία προσβάσιμα στα παιδιά. Αν μπορείτε, τοποθετήστε προστατευτικά κιγκλιδώματα στα μπαλκόνια. Όταν σιδερώνετε, να μην αφήνετε το σίδερο αναμμένο για να κάνετε άλλες δουλειές. Τα τσιγάρα, τα φάρμακα, τα απορρυπαντικά και τα εντομοκτόνα να βρίσκονται σε σημεία δυσπρόσιτα για τα παιδιά. Μαχαίρια, ψαλίδια, βελόνες και όλα τα αιχμηρά αντικείμενα πρέπει να βρίσκονται εκεί όπου τα παιδιά δεν φτάνουν. Αν το παιδάκι είναι μικρό, χρειάζεται συνεχή επιτήρηση, μην το αφήνετε μόνο του σε επικίνδυνα σημεία μέσα και έξω από το σπίτι. Το μπαούλο για τα παιδικά παιχνίδια δεν πρέπει να κλείνει με μεντεσέ. Κλειδώστε το κυνηγετικό σας όπλο, τις σφαίρες, τα σκάγια και το μπαρούτι ή το υπηρεσιακό σας όπλο, αν έχετε(Ανδριώτη2008).

Για την βρεφική ηλικία

- Εξηγήστε τα συνηθισμένα ατυχήματα ανάλογα με τις αναπτυξιακές ικανότητες του βρέφους.
- Ενθαρρύνετε την ήρεμη, αργή σίτιση και το φυσιολογικό ρέψιμο για την πρόκληση πνιγμού.
- Τονίστε ότι τα μπουκάλια δεν πρέπει να στηρίζονται και να αφήνονται με το βρέφος χωρίς επίβλεψη.
- Τονίστε τη χρησιμότητα μαλακών επενδύσεων στο κρεβατάκι του και να μείνουν ανασηκωμένα τα κάγκελα της κούνιας συνεχώς για την πρόληψη τραυματισμού που σχετίζεται με το χτύπημα ή την πτώση.
- Διδάξτε τη σωστή χρήση των βρεφικών καθισμάτων αυτοκινήτου.
- Τονίστε ότι δεν πρέπει να αφήνεται ένα βρέφος χωρίς επίβλεψη πάνω σ' ένα τραπέζι, καρέκλα ή κανονικό κρεβάτι.

-Διδάξτε την ορθή τοποθέτηση του βρέφους για ύπνο και αποθαρρύνετε τη χρήση μαξιλαριών για την πρόληψη ασφυξίας.

Για τα παιδιά ηλικίας 1 έως 3 ετών

-Εξηγήστε πως η ανάγκη αυτονομίας του παιδιού ηλικίας 1 με 3 ετών πρέπει να ικανοποιείται λαμβάνοντας υπόψη την ασφάλεια.

-Προτείνετε το κλείδωμα των δηλητηρίων σε μέρος που δεν φτάνει το παιδί.

-Προτείνετε καλύμματα ασφαλείας για τους ρευματολήπτες (μπρίζες).

-Συμβουλευστε να αποκλειστούν οι σκάλες με κατάλληλο φραγμό και κατόπιν βοηθήστε το παιδί να μάθει πώς να κινείται στις σκάλες.

-Συμβουλευστε να μην επιτρέπεται στο παιδί αυτής της ηλικίας να έχει μικρά, σκληρά κομμάτια τροφής, όπως ποπκορν, φιστίκια, ωμά καρότα ή σκληρές καραμέλες ή τσιγλόφουσκες, που μπορούν να προκαλέσουν πνιγμό.

-Αποθαρρύνετε το παιδί να τρέχει με φαγητό στο στόμα του.

-Ενθαρρύνετε την ορθή χρήση των καθισμάτων αυτοκινήτων.

-Συμβουλευστε να μην αφήνεται το παιδί ποτέ χωρίς επίβλεψη κοντά σε νερό.

-Ενθαρρύνετε να εξηγούνται οι κίνδυνοι στο παιδί με ξεκάθαρους, απλούς όρους (π.χ. ζεστή σόμπα).

-Αποθαρρύνετε το πέταγμα του παιδιού στον αέρα για παιχνίδι ή την αιώρηση του παιδιού από τα χέρια.

Για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας

-Συμβουλευστε τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, που δεν χρησιμοποιούν πλέον τα ειδικά καθίσματα αυτοκινήτου, πως πρέπει να μάθουν να χρησιμοποιούν τις ζώνες ασφαλείας.

-Συμβουλευστε τα παιδιά ότι πρέπει να δοθούν συγκεκριμένες οδηγίες για το που μπορούν να χρησιμοποιούν τα ποδήλατα και τα παιδικά τρίκυκλα.

-Διδάξτε τους βασικούς κανόνες οδικής ασφαλείας (π.χ. να κοιτούν και προς τις δύο κατευθύνσεις πριν διασχίσουν ένα δρόμο).

-Ενθαρρύνετε την διδασκαλία των παιδιών στη συμπεριφορά με τους ξένους

-Ενθαρρύνετε την εκπαίδευση για την σεξουαλική κακοποίηση (π.χ. εξηγώντας στο παιδί τι είναι και τι δεν είναι κατάλληλο άγγιγμα από έναν ενήλικα).

-Μαθήματα κολύμβησης μπορούν να αρχίσουν και να διδαχθεί η βασική ασφάλεια στο νερό.

-Διδάξτε τους κινδύνους των σπύρων και κάντε ασκήσεις ασφαλείας σε περίπτωση πυρκαγιάς στο σπίτι.

Για τα παιδιά σχολικής ηλικίας

-Τονίστε τους κανόνες οδικής ασφαλείας για πεζούς

-Ενθαρρύνετε τη χρήση ζωνών ασφαλείας

-Τονίστε την ανάγκη λήψης μέτρων ασφαλείας στο παιχνίδι με το ποδήλατο, τα πατίνια και τη βέσπα

-Ενθαρρύνετε τα παιδιά να παρακολουθούν προγράμματα για το ασφαλές κολύμπι

-Ενθαρρύνετε τις σωστές συνήθειες υγιεινής, περιλαμβάνοντας την απαγόρευση δανεισμού προσωπικών αντικειμένων όπως οι χτένες (Nies & McEwen 2001).

Προς τους εκπαιδευτικούς

Ένα από τα πιο δύσκολα επαγγέλματα είναι εκείνο του εκπαιδευτικού λόγω του ότι βρίσκεται σε μια τόσο στενή και βαθιά σχέση ψυχικής αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης με τα παιδιά με τα οποία έρχεται σε επαφή, ώστε τα αποτελέσματά της εργασίας του κυρίως να εξαρτώνται από τη σχέση που δημιουργείται και όχι από τις δικές του ενέργειες.

Αφήνοντας την οικογένειά εντασσόμαστε στο σχολικό πλαίσιο φτιάχνοντας καινούργιους δεσμούς με τους εκπαιδευτικούς μας και τους συμμαθητές μας. Οι μαθητές μεταφέρουν στους εκπαιδευτικούς τις εικόνες των γονιών τους μαζί με τα συναισθήματα που συνδέονται με αυτές. Ο εκπαιδευτικός σαν σύμβολο εξουσίας ξυπνά στο μαθητή τις αντιδράσεις απέναντι στην πατρική φιγούρα και ότι αυτή η αντιπροσωπεύει για τον κάθε ένα ξεχωριστά. Εκτός όμως από τον εκπαιδευτικό, και οι συμμαθητές μπορούν να προκαλέσουν αντιδράσεις σύμφωνα με τα βιώματα που είχε μέσα στην οικογένεια με τα αδέρφια του και τις αδελφές του. Αυτή η συμπεριφορά, όπως είναι φυσιολογικό, προκαλεί τόσο στον εκπαιδευτικό όσο και στους συμμαθητές ανάλογες αντιδράσεις. Το σχολικό περιβάλλον αναπαράγει το

οικογενειακό περιβάλλον και έτσι το μεταφέρει σε ένα διευρυμένο κοινωνικό πλαίσιο, δηλαδή σ' αυτή την περίπτωση στο σχολικό πλαίσιο.

Ο καθηγητής αντιμετωπίζει από τη μία μεριά το μαθητή σαν ενήλικας που έχει αναλάβει την ευθύνη της εκπαίδευσής του και από την άλλη μεριά βασίζεται στις δικές του εμπειρίες ως έφηβου, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα σχετικά με τα συναισθήματα που του προκαλούνται όταν βρίσκεται με τους έφηβους μαθητές του. Πολύ σημαντικό λοιπόν για τον εκπαιδευτικό είναι να μπορεί να συνειδητοποιεί τις ασυνείδητες επιθυμίες του και τις στάσεις του που μπαίνουν κατά ένα τρόπο στη ζωή του και να προσπαθεί να ελαχιστοποιεί την παρέμβασή τους στο επάγγελμά του. Όπως είναι προφανές, στη δουλειά του ο εκπαιδευτικός είναι διαρκώς εκτεθειμένος σε πίεση και κάποιες φορές κάποιιοι μαθητές πυροδοτούν τις πιο αντίξοες πλευρές της ιδιοσυγκρασίας του. Ωστόσο είναι πολύ βοηθητικό στο να αποκτά επίγνωση των ατομικών προκαταλήψεων και αδυναμιών του. Αυτό δεν είναι μόνο σημαντικό για τους μαθητές αλλά και για τον ίδιο τον εκπαιδευτικό επειδή του επιτρέπει να νιώθει μεγαλύτερη ενήλικη ικανοποίηση από την εργασία του. Από τη σχέση του εκπαιδευτικού με το μαθητή, όμως, πρέπει να επωφελούνται και οι δύο. Όπως ακριβώς οι γονείς αναπτύσσονται και απολαμβάνουν την πρόκληση που τους προσφέρει η ανατροφή των παιδιών τους, έτσι και ο εκπαιδευτικός πρέπει στην επαγγελματική του πορεία να αναπτύσσεται ψυχικά και συναισθηματικά μέσα από την πρόκληση που του προσφέρει η επαφή με τους μαθητές του. Ο εκπαιδευτικός συχνά αντιμετωπίζει κάποια προβλήματα τα οποία αφορούν τη σχέση του με τους γονείς των παιδιών, θεωρώντας και αποδίδοντας σε αυτούς συχνά κάθε δυσκολία την οποία συναντά. Ως γνωστό, είναι πάντα ευκολότερο να αποδίδουμε τις ευθύνες σε άλλους από ότι να εξετάζουμε τη συμβολή των άμεσα εμπλεκόμενων, δηλαδή του μαθητή και του εκπαιδευτικού, στην προβληματική συμπεριφορά. Μια συμπεριφορά που είναι εχθρική απέναντι στους γονείς κάνει το μαθητή να αποκτήσει εχθρικά συναισθήματα απέναντι στην οικογένειά του και να θεωρήσει υπεύθυνους τους γονείς του για την οποιαδήποτε δυστυχία του (Σάλτζμπεργκερ – Ούτενμπεργκ 1994, Καστανιώτης 1996, Βίνικοτ 1997,).

-Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να διδάξουν τους μαθητές στους απλούς κανόνες οδικής ασφάλειας, όπως στην αποκλειστική χρήση των διαβάσεων και των φαναριών, στην αποφυγή επικίνδυνων παιχνιδιών μέσα και έξω από το σχολείο ή στο δρόμο κ.ά.

-Ακόμη εάν είναι εφικτό, επισκεφθείτε με τους μαθητές σας κάποιο «Πάρκο Κυκλοφοριακής Αγωγής», ώστε να εκπαιδευτούν τα παιδιά στην ασφαλή κυκλοφορία (Ανώνυμος 2008).

-Επίσης μπορούν να συζητήσουν για τα ατυχήματα που συμβαίνουν στο σπίτι και στο σχολείο και τι πρέπει να κάνουν για να τα αποφύγουν.

Όλα αυτά θα επιτευχθούν με τις παρακάτω μεθόδους :

1. Το ερωτηματολόγιο

Ο εκπαιδευτικός προετοιμάζει ένα σύνολο ερωτήσεων επάνω στο θέμα με το οποίο πρόκειται να ασχοληθεί. Θα απευθύνει τις ερωτήσεις στους μαθητές, οι οποίοι εφορμώντας από τις συγκεκριμένες ερωτήσεις θα ξεκινήσουν μια συζήτηση. Η συζήτηση θα πρέπει να γίνει με τέτοιο τρόπο, ώστε όλοι οι μαθητές να έχουν την ευκαιρία να συμμετέχουν σε αυτήν και να αναπτύξουν τις απόψεις τους, ενώ στο τέλος θα πρέπει να καταλήξει σε κάποια συμπεράσματα.

Εάν μέσα από αυτήν τη συζήτηση προκύψουν κάποιες απορίες στους μαθητές, τότε θα πρέπει ο εκπαιδευτικός να τις εκμεταλλευτεί είτε για κάποιες περαιτέρω εργασίες (π.χ. σφυγμομέτρηση της κοινής γνώμης ή ενημέρωση της κοινότητας), είτε για να μεταδώσει στους μαθητές τις απαραίτητες γνώσεις. Τέλος, αυτή η μέθοδος είναι πολύ χρήσιμη όταν ο εκπαιδευτικός αναλαμβάνει ένα τμήμα για πρώτη φορά, γιατί του προσφέρει την ευκαιρία να αποκομίσει μια εικόνα του επιπέδου των γνώσεων που έχουν οι μαθητές. Είναι βασικό να ανακοινώνει ο εκπαιδευτικός τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου στους μαθητές γιατί κατ' αυτόν τον τρόπο εξάπτει το ενδιαφέρον των μαθητών.

2. Έρευνα διαμέσου της υποβολής ερωτήσεων εκ μέρους των μαθητών

Σε αυτή τη μέθοδο οι εκπαιδευτικοί εκμεταλλεύονται την περιέργεια των μαθητών για να τους οδηγήσουν στη γνώση. Δεν τίθεται ένα θέμα προς επίλυση, αλλά

ένα θέμα προς προβληματισμό. Ο εκπαιδευτικός ωθεί τους μαθητές να διατυπώσουν κάποιες απορίες, προβάλλοντας τους το θέμα μέσα από διαφορετικές σκοπιές. Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να διαθέτει φαντασία και να πρωτοτυπεί στην παρουσίαση των γεγονότων. Η λύση των προβλημάτων προκύπτει μέσα από τους μαθητές. Κάθε μαθητής μπορεί να συνεισφέρει στην εύρεση της λύσης, ο εκπαιδευτικός μπορεί απλά να συντονίσει τους μαθητές, αλλά μπορεί και να μη συμμετέχει καθόλου στην όλη διαδικασία.

Καταρχήν γίνεται ένας σχεδιασμός και συζήτηση του προβλήματος. Οι μαθητές αφού επεξεργαστούν το θέμα ή το πρόβλημα κατασκευάζουν υποθέσεις, τις οποίες μπορούν να αναλύσουν και να εξετάσουν εάν ισχύουν ή όχι. Μπορούν ακόμα και να δοκιμάσουν τις θεωρίες τους μέσα από πειράματα που θα εκτελέσουν οι ίδιοι για να ελέγξουν την ορθότητα των υποθέσεων τους. Μέσα από αυτή τη μέθοδο εξάπτεται η φαντασία των μαθητών, αυξάνεται η ικανότητα τους να διατυπώνουν υποθέσεις και να ερευνούν την ορθότητα ή μη αυτών των υποθέσεων. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στο να αναπτύξουν οι μαθητές την ικανότητα να εντοπίζουν σωστά κάποια προβλήματα παρά στο να βρίσκουν λύσεις. Οι υποστηρικτές αυτής της διδακτικής μεθόδου ισχυρίζονται ότι ο μαθητής που θα έχει μάθει να εντοπίζει σωστά κάποιο πρόβλημα θα μπορεί πολύ ευκολότερα να βρίσκει και τη λύση του. Ο εκπαιδευτικός που θα εφαρμόσει αυτή τη μέθοδο θα πρέπει να ανακαλύψει τον τρόπο με τον οποίο θα οδηγεί τους μαθητές στη διατύπωση «καλών» ερωτήσεων.

Ένα παράδειγμα εφαρμογής αυτής της μεθόδου θα μπορούσε να είναι το εξής:

Ο εκπαιδευτικός προβάλλει μια διαφάνεια, στην οποία φαίνεται κάποιο παιδί να διασχίζει το δρόμο με κάποιο ποδήλατο. Αφού δώσει λίγο χρόνο στους μαθητές να παρατηρήσουν τη διαφάνεια, στη συνέχεια ξεκινά τη συζήτηση ζητώντας από τους μαθητές να διατυπώσουν ερωτήσεις σχετικά με το θέμα. Μέσα από αυτές τις ερωτήσεις θα καταλήξουν στη διατύπωση κάποιων συμπερασμάτων. Εάν οι ερωτήσεις που διατυπώνουν οι μαθητές είναι σαφείς και συγκεκριμένες, τότε έχουν αντιληφθεί το πρόβλημα και μπορούν πολύ εύκολα να οδηγηθούν στη λύση. Εάν οι μαθητές διατυπώνουν ερωτήσεις ασαφείς, οι οποίες δεν προσεγγίζουν το πραγματικό πρόβλημα, τότε ή δεν έχουν καλλιεργήσει ακόμα τη δεξιότητα να εντοπίζουν τα προβλήματα ή ο εκπαιδευτικός δεν μπόρεσε να τους οδηγήσει σωστά.

3. Ο εκπαιδευτικός μπορεί επίσης να αναφέρει μια έννοια και να ζητήσει από τους μαθητές να πουν την πρώτη λέξη που τους έρχεται στο μυαλό. Καταγράφει τις λέξεις τους στον πίνακα. Κατ' αυτόν τον τρόπο του δίνεται μια εικόνα για το γνωστικό επίπεδο της τάξης και παράλληλα διαμορφώνει θέματα προς συζήτηση (Γκούβρα, Κυρίδης, Μαυρικάκη 2005).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή του είδους και της συχνότητας των περιστατικών παιδικών ατυχημάτων που επισκέπτονται το τμήμα επειγόντων περιστατικών ενός Τριτοβάθμιου Γενικού Νοσοκομείου και η συσχέτισή τους με την ηλικία, το φύλο, την ώρα, τον τόπο του συμβάντος καθώς και τον βαθμό επίβλεψής τους από ενήλικες (συγγενικό περιβάλλον ή μη).

Ερευνητικά Ερωτήματα

1. Τι είδους περιστατικά παιδικών ατυχημάτων καταγράφονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ενός Τριτοβάθμιου Γενικού Νοσοκομείου και ποιος ο βαθμός συχνότητας τους;
2. Υπάρχει συσχέτιση της ηλικίας με την συχνότητα εμφάνισης παιδικών ατυχημάτων;
3. Υπάρχει συσχέτιση του φύλου και της συχνότητας εμφάνισης παιδικών ατυχημάτων;
4. Ποια ώρα της ημέρας συμβαίνουν τα περισσότερα παιδικά ατυχήματα;
5. Πού (τόπος) συμβαίνουν τα περισσότερα παιδικά ατυχήματα;
6. Σχετίζεται η συχνότητα των παιδικών ατυχημάτων με την επίβλεψη ή μη από ενήλικα του παιδιού κατά την ώρα του συμβάντος;
7. Υπάρχει ενημέρωση του συγγενικού περιβάλλοντος για τα μέτρα πρόληψης παιδικών ατυχημάτων;

Επιλογή είδους μελέτης- σχεδιασμός

Ο σχεδιασμός της έρευνας θα βασιστεί σε περιγραφική μελέτη- συσχέτισης με εφαρμογή μερικών συσχετίσεων (η οποία αποτελεί είδος ποσοτικής μελέτης) για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. (Σαχίνη Καρδάση 2004).

Ερευνητικό πεδίο-χρόνος διεξαγωγής

Η έρευνα διεξήχθη στο δημόσιο νοσοκομείο, ΠΑΓΝΗ (Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ηρακλείου), του νομού Ηρακλείου, το οποίο θεωρείται ίδρυμα που παρέχει Πρωτοβάθμια- Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κρήτη και στα νησιά του Δωδεκάνησου. Επιλέχθηκαν το παιδιατρικό ιατρείο του Τμήματος επειγόντων

Περιστατικών και η παιδιατρική κλινική . Τα δεδομένα θα συγκεντρώθηκαν το διάστημα Μάρτιο- Ιούνιο 2009.

Επιλογή του πληθυσμού και του δείγματος

Ο πληθυσμός στόχος της μελέτης ήταν το σύνολο των παιδιών που είχαν παιδικό ατύχημα και εισήχθησαν στο παιδιατρικό ιατρείο του Τμήματος επειγόντων Περιστατικών και στην παιδιατρική κλινική ενός Τριτοβάθμιου Γενικού Νοσοκομείου. Το δείγμα ήταν 100 ασθενείς της παιδιατρικής κλινικής και του παιδιατρικού ιατρείου του Τμήματος επειγόντων Περιστατικών του Δημοσίου Νοσοκομείου ΠΑΓΝΗ.

Επιλογή της μεθόδου δειγματοληψίας

Εφαρμόστηκε η μέθοδος της μη πιθανότητας δειγματοληψίας (non probability), και επιλέχθηκε με κριτήριο την παιδική ηλικία από 0 έως 14. Το ηλικιακό εύρος αυτό επιλέχτηκε σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα του Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων το οποίο περιγράφει την ηλικιακή ομάδα 0 έως 14 ετών (ΚΕΠΑ 2007) και σύμφωνα με τον ορισμό της παιδικής ηλικίας (Επιτροπή Πολιτισμού, Νεότητας, Παιδείας, Μέσων Ενημέρωσης και Αθλητισμού, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2001).

.Τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν από τις κάρτες καταγραφής στο παιδιατρικό ιατρείο του τμήματος επειγόντων περιστατικών, από τους ιατρικούς φακέλους της παιδοχειρουργικής κλινικής του Τριτοβάθμιου Γενικού Νοσοκομείου στο οποίο διεξήχθη η μελέτη, καθώς και από πληροφορίες που δόθηκαν από το συγγενικό περιβάλλον των παιδιών. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν το διάστημα από Μάρτιο 2009- Ιούνιο 2009.

Ερευνητικό-Εργαλείο

Στη παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε κάρτα καταγραφής η οποία συμπληρώθηκε από τους ερευνητές (check list) η οποία θα σχεδιάστηκε με βάση την σχετική βιβλιογραφία. (Wadsworth 1983, Manciaux 1985, Manciaux; Romer 1991, ΚΕΠΑ 2007).Το ερωτηματολόγιο για τα παιδικά ατυχήματα , σχεδιάστηκε για την μέτρηση της συχνότητας των παιδιατρικών ατυχημάτων και το είδος τους.

Δεοντολογία της έρευνας

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτή, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας οι οποίες διασφαλίζουν

και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη.

Τρεις είναι οι αρχές που θεσπίστηκαν από την αναφορά του Belmont, όπως αναφέρονται στο βιβλίο της Σαχίνη (2004), «Μεθοδολογία της Έρευνας», οι οποίες καθορίζουν τους ηθικούς άξονες πάνω στους οποίους βασίστηκε και σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη:

Η αρχή του ωφέλους και μη βλάβης , η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης. Πάνω σε αυτές τις αρχές στηρίζονται τα κριτήρια ηθικής συμπεριφοράς στην έρευνα καθώς και τα βασικά δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας.

Τα δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας είναι τα εξής:

1. δικαίωμα να μην υποστεί βλάβη. Δικαίωμα των υποκειμένων μιας έρευνας είναι να μην υπόκεινται από τους ερευνητές σε ερωτήσεις που μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στο ψυχικό τους κόσμο σε φυσικό, συγκινησιακό, νομικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Στη συγκεκριμένη έρευνα ζητήθηκε από τους συνοδούς των ασθενών να συμπληρώσουν ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χωρίς να ασκηθεί οποιουδήποτε είδους πίεση. Ο απαιτούμενος χρόνος ήταν αρκετός και οι ερωτήσεις κατανοητές.
2. δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια. « Η αρχή σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια περιλαμβάνει το δικαίωμα των ατόμων να αναλάβουν εκούσιες αποφάσεις μετά από ακριβή πληροφόρηση για τη συμμετοχή τους σε μια μελέτη».(Σαχίνη – Καρδάση 1997). Στη συγκεκριμένη έρευνα οι συνοδοί και οι ασθενείς πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ενημερώθηκαν για την ταυτότητα των ερευνητών. Εξηγήθηκε ο σκοπός της μελέτης, η μέθοδος και η διαδικασία με την οποία θα γίνει η συλλογή των ερωτηματολογίων. Ενημερώθηκαν ότι τα προσωπικά τους στοιχεία θα παραμείνουν ανώνυμα και ότι έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν να συμμετάσχουν .
3. Δικαίωμα αυτοαπόφασης . « το Δικαίωμα αυτοαπόφασης σημαίνει ότι τα δυνητικά υποκείμενα της έρευνας έχουν το δικαίωμα να παίρνουν εκούσια απόφαση για τη συμμετοχή τους η μη στη μελέτη, χωρίς εξαναγκασμό, πίεση ή ανεπίτρεπτη επίδραση οποιουδήποτε είδους» (Σαχίνη – Καρδάση 1997). Στην παρούσα μελέτη αφού δόθηκαν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι ασθενείς βασιζόμενοι στη δική τους κρίση αποφάσισαν για τη συμπλήρωσή του ή όχι.

4. δικαίωμα για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα. έπειτα από συνεννόηση με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, ο αριθμός μητρώου διατηρήθηκε για να εξασφαλιστεί η ορθότητα του δείγματος ενώ η εξασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων επισημάνθηκε αρκετές φορές.

Μέθοδος συλλογή δεδομένων

Για την συγκέντρωση των πληροφοριών έγινε επίσκεψη στους συνοδούς και ασθενείς του ΠΑΓΝΗ (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου). Οι ασθενείς ρωτήθηκαν προφορικά αν επιθυμούν να συμμετάσχουν στην έρευνα, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, αφού πρώτα τους έγιναν οι απαραίτητες διευκρινήσεις για τη σωστή συμπλήρωσή του.

Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης-παρουσίασης αποτελεσμάτων

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες έκδοση 14 (Statistical Package of Social Sciences 14th edition, SPSS) και εφαρμόστηκε η μέθοδος της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης.

Τα αποτελέσματα πρόκειται να παρουσιαστούν σε κυκλικά διαγράμματα και σε ραβδογράμματα που σύμφωνα με την Σαχίνη (2004), *‘είναι ο πιο χρήσιμος τρόπος γραφικής παράστασης κατανομής συχνότητας δεδομένων ονομαστικού και τακτικού επιπέδου...’* (Σαχίνη-Καρδάση 2004, σελ. 173).

Περιορισμοί μελέτης

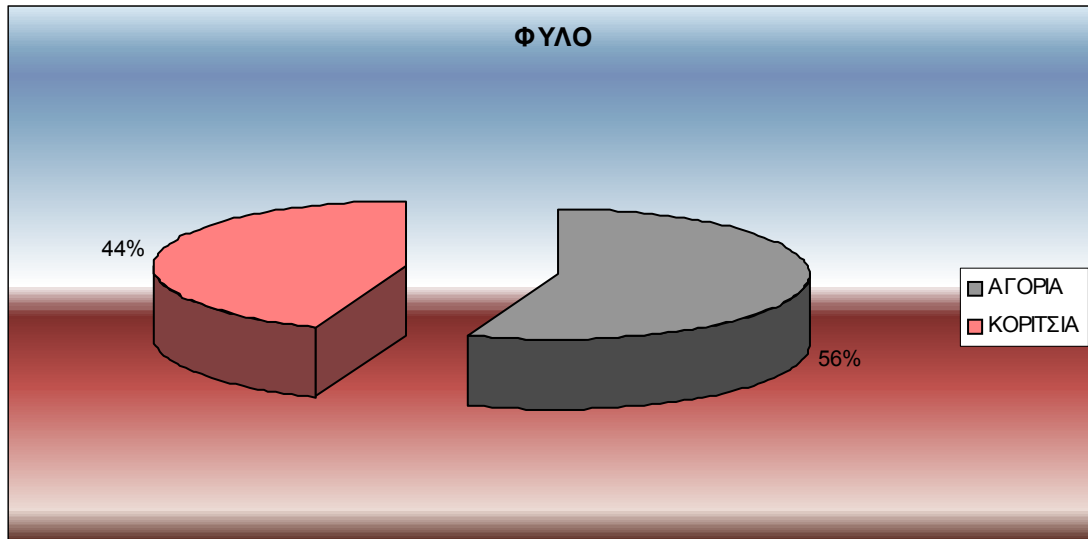
Αποτελέσματα :

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 100 ασθενείς της παιδοχειρουργικής κλινικής και του παιδιατρικού ιατρείου επειγόντων περιστατικών του δημοσίου νοσοκομείου ΠΑΓΝΗ του νομού Ηρακλείου. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν από 0- 14.

Σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους συνοδούς των ασθενών έχουμε τα εξής δημογραφικά στοιχεία:

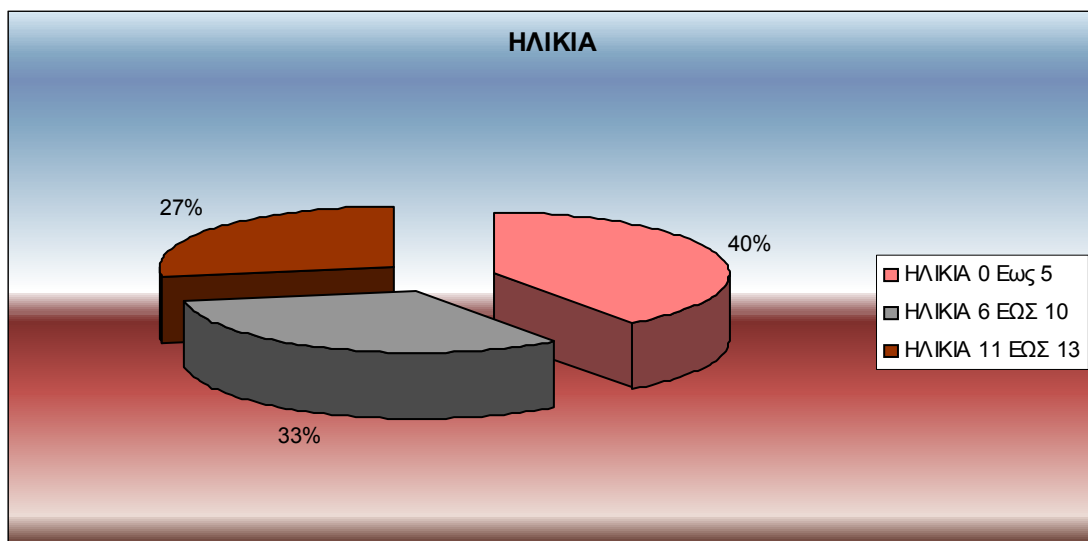
1. ΦΥΛΟ

Η πλειοψηφία (56%) των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν αγόρια ενώ το 44% των ασθενών με παιδικά ατυχήματα ήταν κορίτσια.



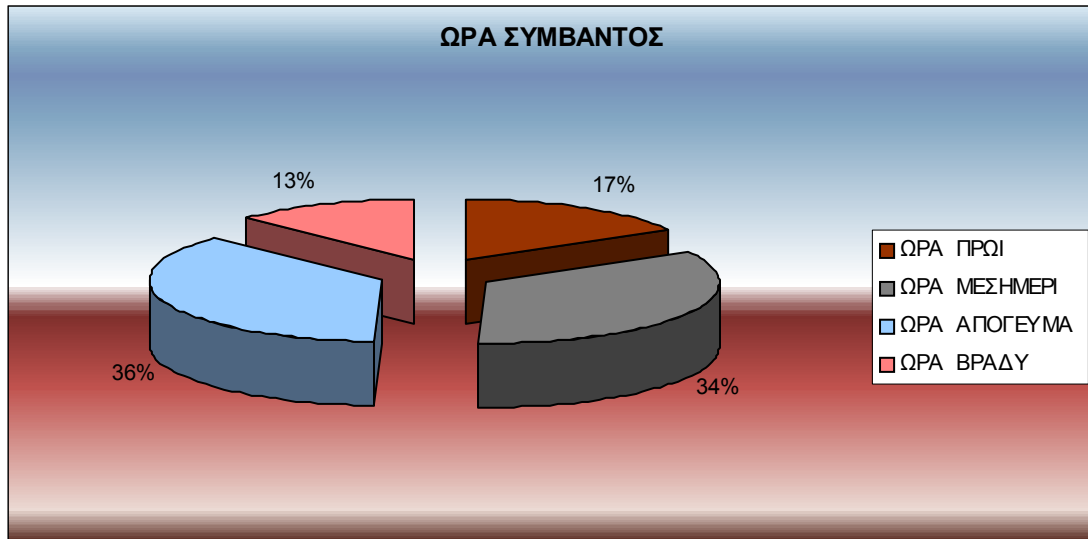
2. ΗΛΙΚΙΑ

Το 40% των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, ήταν από ηλικία 0 έως 5 ετών, ακολουθεί 6 έως 10 με ποσοστό 33% και τέλος με 27% ηλικίες από 11 έως 13.



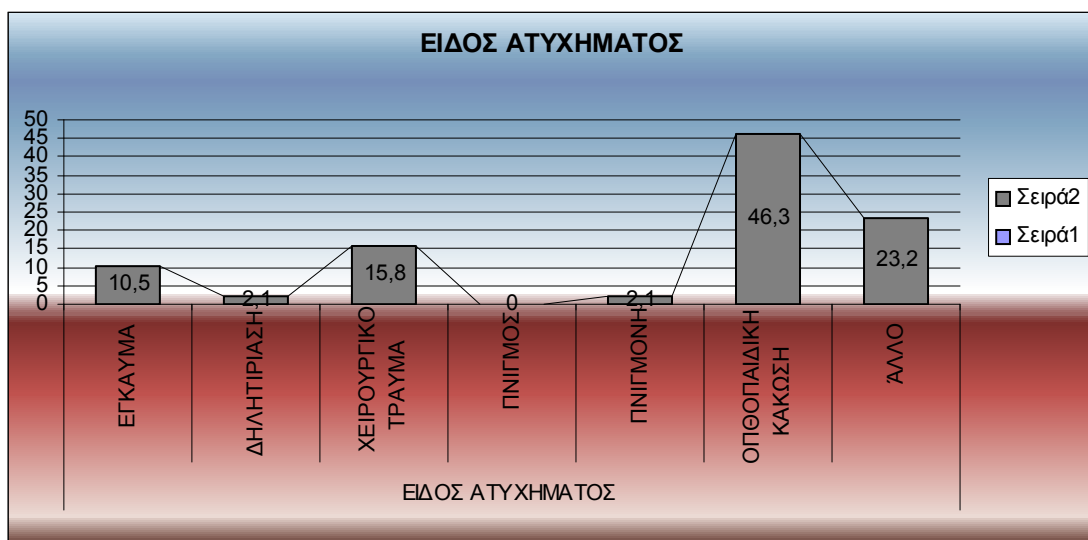
3. ΩΡΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδικών ατυχημάτων συνέβησαν κατά τις απογευματινές ώρες με ποσοστό 36%, ακολουθούν οι μεσημεριανές ώρες με 34% , οι πρωινές ώρες με 17% και τέλος οι βραδινές με 13%.



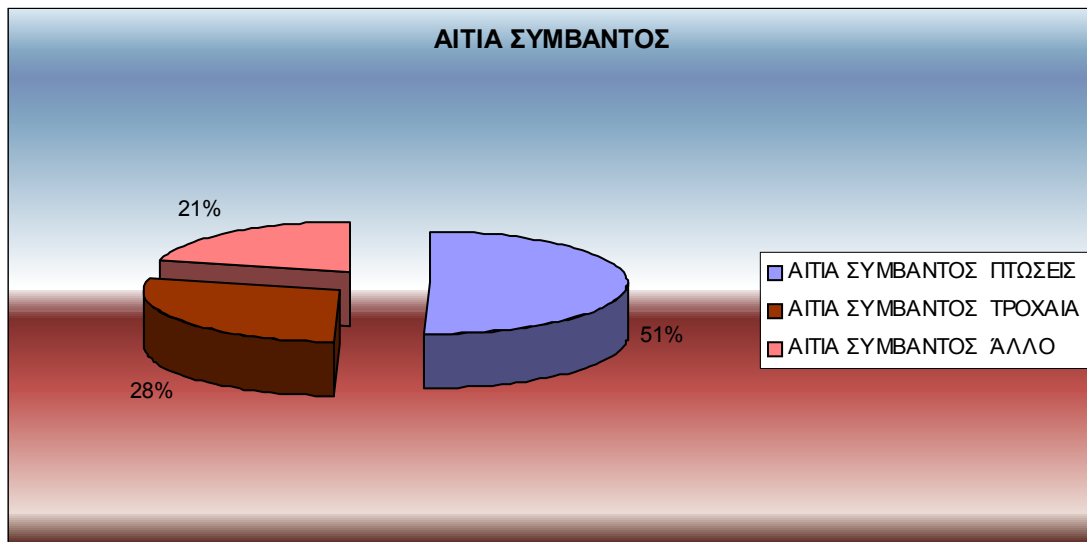
4.ΕΙΔΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

όσον αφορά στο είδος του ατυχήματος υπερτερεί με ποσοστό 46,3% οι ορθοπεδικές κακώσεις , στη συνέχεια με ποσοστό 23,2% είναι διάφορα άλλα είδη ατυχημάτων , ακολουθούν τα χειρουργικά τραύματα με 15,8%, με 10,5% τα εγκαύματα και τέλος με ποσοστό 2,1% κατατάσσονται οι δηλητηριάσεις και οι πνιγμονές.



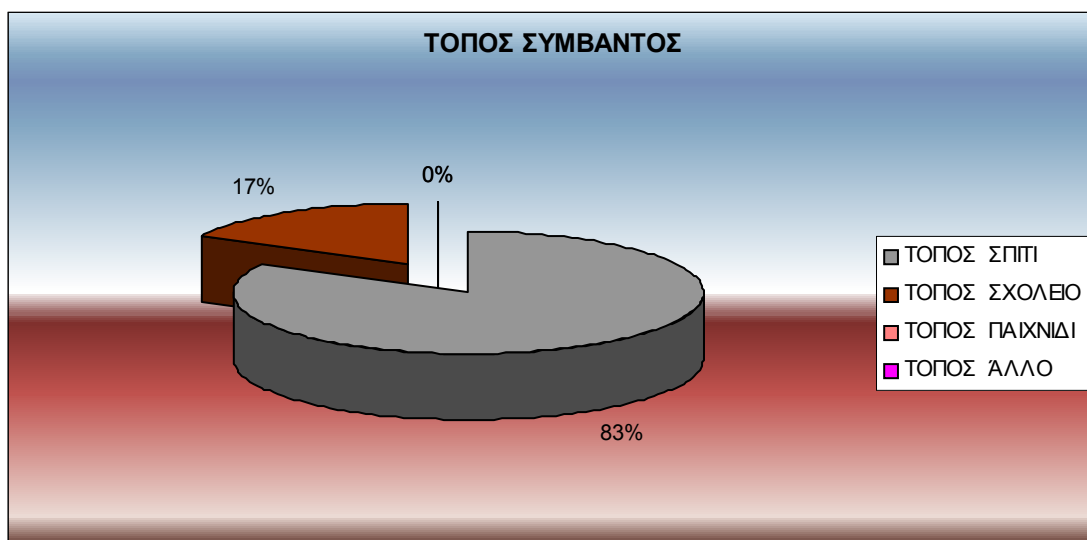
4. ΑΙΤΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

Τα περισσότερα παιδικά ατυχήματα κατά την περίοδο έρευνάς μας κυρίαρχο ρόλο με ποσοστό 51% έχουν οι πτώσεις, ακολουθούν με ποσοστό 28% τα τροχαία ατυχήματα και τέλος είναι με 21% άλλα αίτια ατυχημάτων.



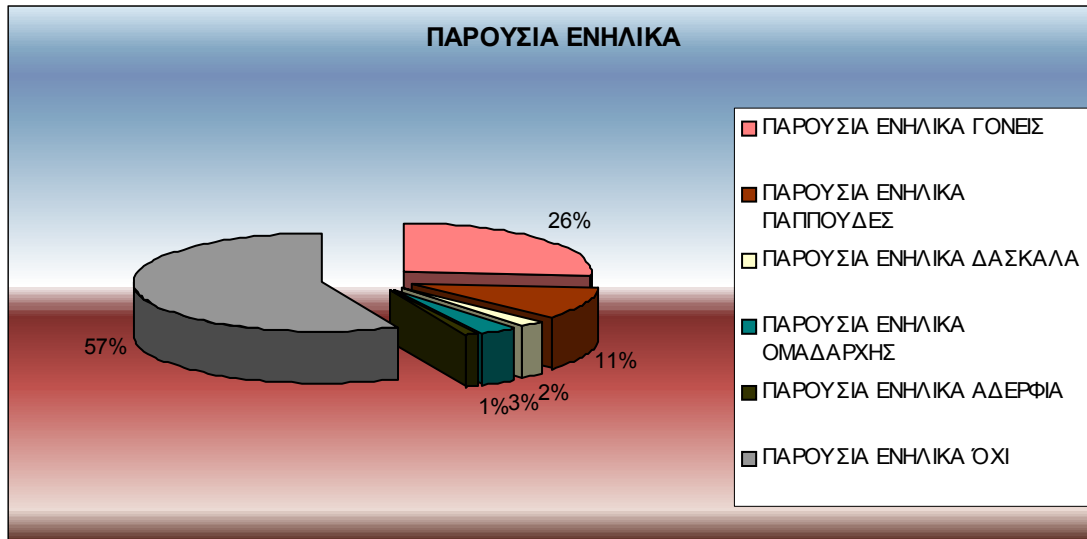
5. ΤΟΠΟΣ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδικών ατυχημάτων συμβαίνουν κατά κύριο λόγο στο σπίτι με ποσοστό 83% και με ποσοστό 17% στο σχολείο.



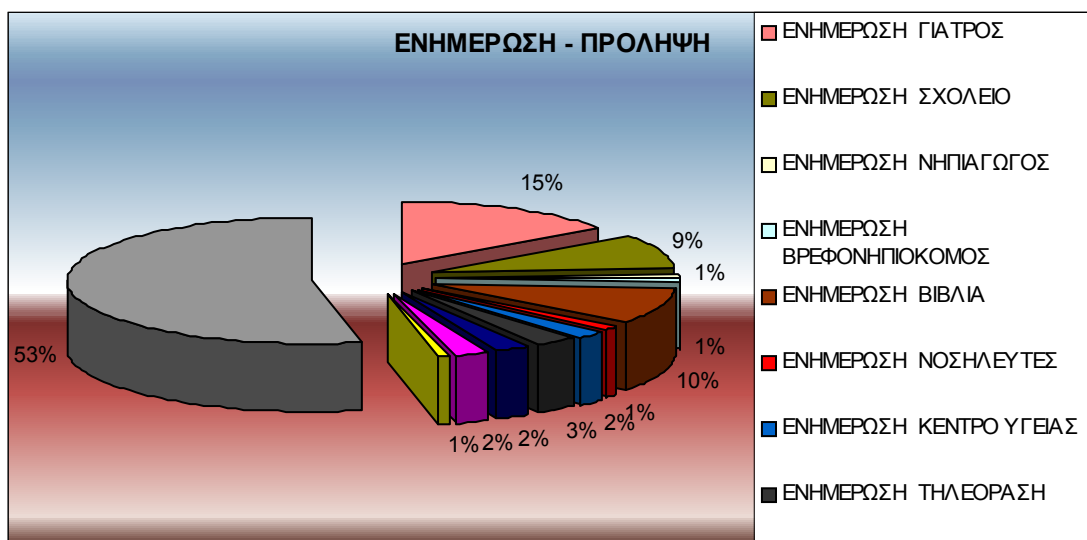
6. ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΕΝΗΛΙΚΑ

Από την έρευνά μας γίνεται αισθητή η διαφορά με ποσοστό 57% η μη παρουσία ενήλικα στον εκάστοτε χώρο του ατυχήματος, ακολουθεί με 26% η παρουσία των γονέων και με μικρότερα ποσοστά η παρουσία των παππούδων, της δασκάλας και του ομαδάρχη.



7. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ- ΠΡΟΛΗΨΗ

Στον τομέα της ενημέρωσης και της πρόληψης το 53% του δείγματος δεν έχει ενημερωθεί από κανέναν αρμόδιο φορέα, συνεχίζει με 15% η ενημέρωση από γιατρό, με 10% από βιβλία και ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά η ενημέρωση από το σχολείο, νηπιαγωγούς, βρεφονηπιοκόμους, νοσηλευτές από τα κέντρα υγείας και από την τηλεόραση.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

- ✓ Τα περισσότερα περιστατικά που καταγράφηκαν αφορούσαν τις πτώσεις και τα τροχαία ατυχήματα.
- ✓ Οι πιο επιρρεπείς ηλικίες κυμάνθηκαν από 0-5 ετών. Η αυξημένη συχνότητα τους οφείλεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ηλικίας αυτής, όπως είναι η περιέργεια, η άγνοια του κινδύνου, η τάση προς επίδειξη, η επιδοκιμασία και ο θαυμασμός.
- ✓ Το ποσοστό των αγοριών υπερτερεί έναντι των κοριτσιών με απόκλιση 12%. Αυτό συμβαίνει διότι τα αγόρια από τη φύση τους είναι πιο απείθαρχα, ορμητικά και επιθετικά.
- ✓ Τα περισσότερα ατυχήματα συνέβησαν κυρίως τις απογευματινές ώρες με μια μικρή απόκλιση του 2% από τις μεσημεριανές ώρες.
- ✓ Το σπίτι είναι ο χώρος όπου με ποσοστό 83% συνέβησαν τα περισσότερα ατυχήματα και ακολουθεί με ποσοστό 17% ο χώρος του σχολείου.
- ✓ Όσον αφορά στην παρουσία ενήλικα ,η έρευνα έδειξε ότι τα περισσότερα ατυχήματα που συνέβησαν ήταν χωρίς την επίβλεψη κάποιου ενήλικου με ποσοστό 57%.εν συνέχεια και με ποσοστό 26% ακολουθεί η παρουσία γονέα ,σειρά έχει η παρουσία των παππούδων και τέλος σε μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι ομαδάρχες δασκάλα και τα αδέρφια στο χώρο του ατυχήματος.
- ✓ Στον τομέα της ενημέρωσης και της πρόληψης κυρίαρχο ρόλο με ποσοστό 53% καταλαμβάνει το γεγονός της μη ενημέρωσης ενώ με ποσοστό 15% ακολουθεί η ενημέρωση από γιατρό. Με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν τα βιβλία, το σχολείο, η τηλεόραση, οι δάσκαλοι και οι φορείς των κέντρων υγείας. Τέλος το ποσοστό 1% καταλαμβάνουν οι βρεφονηπιοκόμοι, οι νηπιαγωγοί και οι νοσηλεύτες.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- ✓ Λήψη μέτρων πρόληψης και ασφάλειας στους χώρους του σπιτιού, του σχολείου και στους χώρους παιχνιδιού.
- ✓ Απαραίτητη η επίβλεψη ενός ενήλικα στο χώρο που διαπαιδewείται ή παίζει το παιδί.
- ✓ Εκπαίδευση και παροχή οδηγιών προς τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς από τους αρμόδιους φορείς για την πρόληψη και μείωση των ατυχημάτων.
- ✓ Ενημέρωση και παροχή οδηγιών στα παιδιά για τους χώρους όπου διαμένουν, παίζουν και διαπαιδewούνται για την πρόληψη των ατυχημάτων

Γ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Καταγραφή της συχνότητας των ατυχημάτων σε παιδιά σε
Τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο

Αρ. Ερωτηματολογίου

Φύλο: Άρρεν
Θήλυ

Ηλικία:

Ωρα συμβάντος:

Είδος Συμβάντος:

Έγκαυμα Δηλητηρίαση Χειρουργικό τραύμα

Πνιγμός Πνιγμονή Ορθοπαιδική κάκωση

Άλλο _____

Αίτια πρόκλησης Συμβάντος:

Πτώσεις Τροχαίο

Άλλο: _____

Τόπος Συμβάντος:

Σπίτι Σχολείο Παιχνίδι

Άλλο _____

Παρουσία Ενήλικα: ΝΑΙ ΟΧΙ Άτομο που επέβλεπε: _____**Ενημέρωση ενήλικα για Μέτρα πρόληψης Ατυχημάτων** ΝΑΙ ΟΧΙ Φορέας ενημέρωσης: _____**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**Ελληνική βιβλιογραφία

Περιοδικά

1. Μάτζιου Β., Εγκαύματα στα παιδιά. Τι πρέπει να γνωρίζουν οι γονείς., Η γνώμη του ειδικού, Ιούνιος 2008: 10- 12.
2. Ανώνυμος, Παιδική ηλικία, Επταήμερη Δεκέμβριος 2004, Αρ. φύλλου 15
3. Ανώνυμος, Άγχος στην παιδική ηλικία, Αλήθεια Σεπτέμβριος 2007
4. Καρακατσάνη Σ., Μάστιγα τα παιδικά ατυχήματα, Σημερινή Νοέμβριος 2008
5. Κουκουτσά Α., Τα παιδιά θέλουν προσοχή το καλοκαίρι, Πρόληψη, 2007, 1η έκδοση : 3
6. Αντωνοπούλου Μ., Να το αφήσω να κάνει SKATE;, body and mind, n.d., 21-23
7. Ψάλτη Ν., Είναι ασφαλές το παιδί σας στη θάλασσα;, vita, Ιούλιος 2007: 78-81
8. Ψάλτη Ν., Ατυχήματα στο σπίτι, vita, Ιανουάριος 2008: 84-88

Βιβλία

1. Μάτζιου Β., Μπροκαλάκη Η., Κορομπέλη Α., Παπαδοπούλου Φ., Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά εγκαυμάτων σε παιδιατρικό νοσοκομείο, Νοσηλευτική 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 2001: 89-93
2. Γκούβρα Μ., Κυρίδης Α., Μαυρικάκη Ε., Αγωγή Υγείας και σχολείο, 1^η έκδοση, Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος, Μάιος 2005: 114,116,118,320,322,323,329-334
3. Ασκητοπούλου.Ε , Επείγουσα και Εντατική Ιατρική, Αθήνα: Λίτσας Ιανουάριος 2001: 299
4. Πάνου.Μ, Παιδιατρική Νοσηλευτική,6^η έκδοση,Αθήνα :ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις,2007: 2-5 & 487-489.
5. Σαχίνη-Καρδάση Α.&Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική 1^{ος} τόμος. 2^η έκδοση, Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 1997: 89-96

Ξένη Βιβλιογραφία

Βιβλία

1. Nies.M&McEwen M.Community Health Nursing.In:W.B. Saunders(ed). 3rd ed. USA 2001: 159-165
2. Di Matteo R. & Martin L. Health Psychology.In Allyn & Bacon, A. Pearson Education. Boston 2002 : 445-453

Περιοδικά

- 1.G. Manciaux..Accidents in Childhood: from Epidemiology to Prevention. Acta Pediatric Scand 74 1985 : 163-171
2. Langley.J, Dodge J. , Silva P. Accidents in the first five years of life: A report from the

Dunedin Multidisciplinary Child Development Study. Paediatr. J.

(1979) :255-259

3. Waller A, Baker S, Scocka A. Childhood Injury Deaths: National Analysis and Geographic Variations. American Journal of Public Health 1989, : 310-315

4. Gofin R, Palti H, Adler B, Edet E. Childhood injuries: a population-based study of emergency room visits in Jerusalem. Paediatric and Perinatal Epidemiology 1989: 174-188

5. Paes C, Vera L, Gaspar V. Unintentional injuries in the home environment: home safety. Jornal de Pediatria 2005 : 146-154

6. Gallagher M, Reifsnider E, Gil S. Home-Based Injury Prevention Practices Used by Mothers of Mexican Descent Living in San Antonio, TX. Public Health Nursing Vol. 26 No. 2 2009: 114–123

7. Danseco R, Miller T, Spicer R. Incidence and Costs of 1987–1994 Childhood Injuries: Demographic Breakdowns. Pediatrics 2000: 105-27

8. Shanon S., Bashaw B., Lewis J., Feldman W. Nonfatal childhood injuries: a survey at the Children's Hospital of Eastern Ontario Can Med Assoc. 2002: 361-365

9. Verma S., Lal N., Lodha R., Murmu L. Childhood Trauma Profile at a Tertiary Care Hospital in India. Indian Pediatrics 2009: 168 –171

10. Jackson R & Wilkinson W. Why don't we prevent childhood accidents? British Medical Journal, 1976: 1258-1262

Πηγές από το διαδύκτιο

1. Τσελίκας Μ. (1999), 30 Οδηγίες για τους γονείς για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων, Μάρτιος 1999, http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=284 Προσπελάστηκε : (25/7/2009).
2. Φαρμακάκης Θ., Σπυριδόπουλος Θ., Πετρίδου Ε. (2005), Πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων στον υδάτινο χώρο: Τα 10 μηνύματα της ελληνικής εκστρατείας ενημέρωσης, Φεβρουάριος 2005, www.iatrikionline.gr Προσπελάστηκε : (20/7/2009).

3. Ανώνυμος (2007), Παιδικά ατυχήματα :Οι αριθμητικές συνιστώσες με βάση την πύλη στατιστικών δεδομένων, Ιούνιος 2007, Injury Statistics Portal (Διαδικτυακή Πύλη Στατιστικών Δεδομένων για τα Ατυχήματα)
http://www.euroipn.org/stats_portal, Center for Research and Prevention of Injuries (CEREPRI);2005 Προσπελάστηκε: (25/5/2009).
4. Πετρίδου Ε., Τερζίδης Α. (χ.χ.), Γιατί είναι σημαντικό το παιχνίδι εκτός σπιτιού και ειδικότερα στις παιδικές χαρές, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://www.europn.org/socped/eetairia/playg_journ.doc Προσπελάστηκε: (05/07/09).
5. Κυριακίδη Τ. (2007), Οι παιδότοποι δεν χρειάζεται να είναι επικίνδυνοι (παιδί-παιδιά), Μάιος 2007, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.asxetos.gr/article.aspx?i=1558>, Προσπελάστηκε: (02/09/09).
6. Ανώνυμος (2009), Ποδήλατο με ασφάλεια, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.pedtrauma.gr/gr/podilato.htm>, Προσπελάστηκε (14/07/09).
7. Γεωργιακώδης Φ., Βοζόκη Α. (2004), Η επιδημιολογία των σχολικών ατυχημάτων: Συμπεράσματα από έρευνα σε σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.stat-athens.aueb.gr/~esi/proceedings/17/esi17-p083.pdf> Προσπελάστηκε: (06/07/09).
8. Gender and society.(n.d.). Πνιγμός και σύνδρομο παρολίγον πνιγμού. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.e-erevna.gr/portal/print.aspx?ID=9031> Προσπελάστηκε: (16/07/09).
9. Κυριακού Π&Α. (2009), Αίτια δηλητηριάσεων στα παιδιά.. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://users.att.sch.gr/gestamos/downloads/mathimata/paidiatriki/poisoning_childre_n.doc Προσπελάστηκε: (16/07/09)
10. Ανώνυμος (2004), Δηλητηριάσεις. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://paroutsas.jmc.gr/firstaid/poison/htm> Προσπελάστηκε (16/07/09).
11. Ανώνυμος (2006), Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στα σχολεία. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.pedtrauma.gr> Προσπελάστηκε (10/07/09).
12. Ανώνυμος (2006), Πυροτεχνήματα χωρίς ατυχήματα. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.pedtrauma.gr> Προσπελάστηκε (10/07/09).

13. Ανώνυμος (2006), Όχι ατυχήματα στο σπίτι. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.pedtrauma.gr/gr/spiti/index.htm> Προσπελάστηκε: (14/07/09)
14. Γιαννοπούλου Ν. (χ.χ.), Οδηγίες για την πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στις πασχαλινές διακοπές, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.pedtrauma.gr> Προσπελάστηκε (10/-7/09).
15. Ανώνυμος (2001). Ατυχήματα και παιδιά. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://1dim-agrien.ait.sch.gr/files/students_project/atiximata.doc Προσπελάστηκε: (09/07/09).
16. Τσουμάκας Κ. (2004). Τα παιδικά ατυχήματα οι ιδιαιτερότητες. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.iatrikionline.gr/Deltio_52b/02.htm Προσπελάστηκε:(09/07/09).
17. Gender and society (n.d.). Τροχαία ατυχήματα. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://gymnasiokrestenon.blogspot.com/2009/03/blog-spot.html> Προσπελάστηκε: (20/07/09).
18. Νεστορίδης Χ. (χ.χ) Κινητικές αναπηρίες στα παιδιά. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://prosvasi.uoa.gr/LinkClick.aspx?fileticket=2H3jVLgS8zU%3D&tabid=55> Προσπελάστηκε: (16/07/09).
19. Μοσχοβάκη Α. (2007) Εγκαύματα και συνέπειες έκθεσης στον καπνό. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=2685 Προσπελάστηκε:(16/07/09).
20. Gender and Society (n.d.) Κακώσεις του νωτιαίου μυελού. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.cells4health.gr/center/index.php?selida=4_3.htm&menul=4.htm&menu2=3.htm Προσπελάστηκε:(16/07/09).
21. Gender and Society (n.d.) Τραύματα κεφαλιού και Λαιμού. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.ygeiaonline.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=550:2008-12-16-16-02-52&catid=85:2008-12-15-16-59-35 Προσπελάστηκε:(16/07/09).

22. Gender and Society (n.d.). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.hansaplast.gr/med-info/wound-care-beautiful-healing/types-of-wounds.html>. Προσπελάστηκε:(16/07/09).
23. Παπάνης Ε. (2007). Παιδική και εφηβική κατάθλιψη. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.iatronet.gr/article.asp?artid=6269&pr=1> Προσπελάστηκε: (28/07/09).
24. Gender and society (n.d.). Παιδική κατάθλιψη. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://e-psychology.gr/grief-depression/214-----> Προσπελάστηκε: (28/07/09).
25. Ανώνυμος (2007). Τροχαία ατυχήματα-Οδική ασφάλεια. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://library.tee.gr/digital/m2229/m2229_koursoubas.pdf Προσπελάστηκε: (20/07/09).
26. Καλαμπόκης Α. & Τσουμάκας Κ. (2004) Παιδιατρικό Τραύμα, βασικές αρχές αντιμετώπισης και πρόληψης. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=17570> Προσπελάστηκε: (5/05/09).
27. Μάτζιου Β, Κλέτσιου Ε, Γαλάνης Π, Δούσης Ε, Τσουμάκας Κ, & Λιβάνιος Σ. (2008) Παιδιατρικός πόνος. Η νοσηλευτική προσέγγιση στα ελληνικά νοσοκομεία. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=18604> Προσπελάστηκε: (5/05/09).
28. Ανώνυμος (2007) Δηλητηριάσεις παιδιών: Βασικά σημεία αντιμετώπισης και πρόληψης. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2254 Προσπελάστηκε (6/06/09).
29. Ανώνυμος (n.d.) Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://pedtrauma.gr/content.php?cid=34> Προσπελάστηκε: (6/06/09).

30. Παρούτσας (n.d.). Ο ρόλος της οικογένειας στην ανάπτυξη του παιδιού. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://paroutsas.jmc.gr/family/index.htm> Προσπελάστηκε: (6/06/09).
31. Κυριακού Π & Α (2003) Πρόληψη και Αντιμετώπιση δηλητηριάσεων στα παιδιά. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.aglaiakyriakou.gr/poison_a.html Προσπελάστηκε: (7/06/09).
32. Ανώνυμος (n.d.) Τροχαία ατυχήματα. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.paidiatros.gr/index.php?cid=3&id=193&st=2> Προσπελάστηκε: (7/06/09).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Καταγραφή της συχνότητας των ατυχημάτων σε παιδιά σε
Τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο

Αρ. Ερωτηματολογίου

Φύλο: Άρρεν
Θήλυ

Ηλικία:

Ωρα συμβάντος:

Είδος Συμβάντος:

Έγκαυμα Δηλητηρίαση Χειρουργικό τραύμα

Πνιγμός Πνιγμονή Ορθοπαιδική κάκωση

Άλλο _____

Αίτια πρόκλησης Συμβάντος:

Πτώσεις Τροχαίο

Άλλο: _____

Τόπος Συμβάντος:

Σπίτι Σχολείο Παιχνίδι

Άλλο _____

Παρουσία Ενήλικα:

ΝΑΙ

ΟΧΙ Άτομο που επέβλεπε: _____

Ενημέρωση ενήλικα για Μέτρα πρόληψης Ατυχημάτων

ΝΑΙ

ΟΧΙ Φορέας ενημέρωσης: _____