

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ:

ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΑΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΠΑ.Γ.Ν.Η (ΗΡΑΚΛΕΙΟ) ΚΑΙ
ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΧΑΝΙΑ) ΤΟ 2006



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΓΕΩΡΓΙΛΑΔΑΚΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΜΠΙΡΜΠΙΛΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΣΚΑΝΔΑΛΑΚΗ ΝΕΚΤΑΡΙΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Για αυτήν την Εργασία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας για την βοήθεια και την συμπαράστασή τους, την αδερφή μου Δήμητρα και τις συμφοιτήτριές μας Ντίνα και Κατερίνα για την βοήθειά τους στην καταγραφή των στοιχείων. Επιπλέον θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων για την άδεια χρησιμοποίησης της φόρμας καταγραφής. Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτριά μας για την πολύτιμη βοήθεια και την σωστή καθοδήγησή της.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

1. IRTAD, International Road Traffic and Accident Database
2. WHO, World Health Organization
3. ISP, Injuries Statistics Portal
4. ΚΕΠΑ, Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων
5. ΚΕΠΠΑ, Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων
6. Ε.Ε, Ευρωπαϊκής Ένωσης
7. ΙΚΠΙ, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
8. ΠΟΥ, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
9. Πα.Γ.Ν.Η., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
10. Σ.Ε.Υ.Π, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
11. Α.Τ.Ε.Ι, Ανώτατο Τεχνολογικό και Επαγγελματικό Ίδρυμα
12. ΠΦΥ, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Περιεχόμενα

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	12
1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	12
1.3 ΕΙΔΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥΣ	12
1.3.α Τροχαία	13
1.3.β Πνιγμός – Πνιγμονή	14
1.3.γ Πτώση	15
1.3.δ Έγκαυμα	15
1.3.ε Δηλητηρίαση	16
1.3.στ Ξένα σώματα	17
1.3.ζ Ηλεκτροπληξία	17
1.4 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	18
1.5 ΠΡΟΛΗΨΗ	19
1.6 ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΙΔΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	23
2.1 ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΑ ΧΩΡΟ	23
2.1.1 <u>Βρεφική ηλικία (0 - 12 μηνών)</u>	24
2.1.1.α Είδη ατυχημάτων	24
2.1.1.β Αίτια και παράγοντες κινδύνου	24
2.1.1.γ Πρόληψη	25

2.1.2	<u>Νηπιακή ηλικία (13 μηνών - 4 ετών)</u>	26
	2.1.2.α Είδη ατυχημάτων	27
	2.1.2.β Αίτια και παράγοντες κινδύνου	27
	2.1.2.γ Πρόληψη	27
2.1.3	<u>Πρώτη σχολική ηλικία (5 ετών - 9 ετών)</u>	28
	2.1.3.α Είδη ατυχημάτων	28
	2.1.3.β Αίτια και παράγοντες κινδύνου	29
	2.1.3.γ Πρόληψη	29
2.1.4	<u>Προεφηβική ηλικία (10 ετών - 15 ετών)</u>	29
	2.1.4.α Είδη ατυχημάτων	29
	2.1.4.β Αίτια και παράγοντες κινδύνου	30
	2.1.4.γ Πρόληψη	31
2.2	ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ	31
2.2.1	ΠΑΙΔΙΚΑ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	31
2.2.1.1	<u>Βρεφική ηλικία (0 - 12 μηνών)</u>	32
	2.2.1.1.α Αίτια και παράγοντες κινδύνου	32
	2.2.1.1.β Πρόληψη	32
2.2.1.2	<u>Νηπιακή ηλικία (13 μηνών - 4 ετών)</u>	33
	2.2.1.2.α Αίτια και παράγοντες κινδύνου	33
	2.2.1.2.β Πρόληψη	33
2.2.1.3	<u>Πρώτη σχολική ηλικία (5 ετών - 9 ετών)</u>	34
	2.2.1.3.α Αίτια και παράγοντες κινδύνου	34
	2.2.1.3.β Πρόληψη	34
2.2.1.4	<u>Προεφηβική ηλικία (10 ετών - 15 ετών)</u>	35
	2.2.1.4.α Αίτια και παράγοντες κινδύνου	35
	2.2.1.4.β Πρόληψη	35

2.2.2	ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	36
2.2.2.α	Είδη ατυχημάτων	36
2.2.2.β	Τόπος που συμβαίνει το ατύχημα	37
2.2.2.γ	Αίτια και παράγοντες κινδύνου	37
2.2.2.δ	Πρόληψη	38
2.2.3	ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΑΝΑΨΥΧΗΣ – ΑΘΛΗΤΙΚΑ	39
2.2.3.1	<u>Πνιγμός</u>	39
2.2.3.1.α	Πρόληψη	40
2.2.3.2	<u>Πτώσεις και τραυματισμοί</u>	40
2.2.3.2.α	Πρόληψη	41
2.2.3.3	<u>Τσιμπήματα από έντομα</u>	41
2.2.3.3.α	Τσούχτρες	42
2.2.3.3.β	Μέλισσες – Σφήγκες	42
2.2.3.3.γ	Σκορπιοί – Φίδια	43
2.3	ΜΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΙΜΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	44
2.3.1	Βία σε παιδιά	44
2.3.2	Αυτοκτονίες	45
2.3.3	Περιβαλλοντικά ατυχήματα	45
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΡΟΛΗΨΗ – ΑΣΦΑΛΕΙΑ	46
3.1	ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	46
3.2	ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ	48
3.2.1	<u>Πώς να μάθουν τα παιδιά να κυκλοφορούν με το ποδήλατό τους με ασφάλεια</u>	49
3.3	ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ	50
3.4	ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΙΔΟΤΟΠΟ	51
3.4.1	<u>Παράγοντες κινδύνου στους παιδότοπους</u>	51

3.4.2	<u>Ένα καλύτερο σχέδιο παιδότοπου</u>	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ		54
4.1	ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ	54
4.2	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	55
4.3	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ	55
4.4	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ		58
5.1	ΕΛΛΑΔΑ	58
5.1.1	<u>Δεδομένα θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων κατά ηλικία και φύλο</u>	58
5.1.2	<u>Δεδομένα θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων κατά τύπο ατυχήματος</u>	58
	5.1.2.α Τροχαία ατυχήματα	59
	5.1.2.β Πνιγμοί	60
	5.1.2.γ Πτώσεις	60
	5.1.2.δ Εγκαύματα	60
	5.1.2.ε Δηλητηριάσεις	61
	5.1.2.στ Λοιπές και αδιευκρίνιστες αιτίες	61
5.2	ΚΥΠΡΟΣ	61
5.3	ΕΥΡΩΠΗ	61
5.3.1	<u>Δεδομένα θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων στην Ευρώπη</u>	62
5.3.2	<u>Δεδομένα θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων για τον πνιγμό σε Ευρώπη, Αμερική και Αυστραλία</u>	62
5.3.3	<u>Δεδομένα θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων για τα αθλήματα στην Ευρώπη</u>	63
5.4	ΑΜΕΡΙΚΗ	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	66
6.1 ΠΕΡΙΛΗΨΗ	66
6.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	67
6.3 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	67
6.4 ΕΡΓΑΛΕΙΟ	68
6.5 ΔΕΙΓΜΑ	68
6.6 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	68
6.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	70
7.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	70
7.2 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	77
7.3 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	
8.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	94
8.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ	100
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	101
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	109
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	111
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	113
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ	115
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε	116
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ	117
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ	118

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στις μέρες μας, όσον αφορά τις ανεπτυγμένες χώρες, τα ατυχήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου σε παιδιά και εφήβους. Ο όρος «ατύχημα» μεταφράζεται ως το γεγονός που κατά κάποιο τρόπο οφείλεται σε έλλειψη τύχης ή ατυχίας. Η αντίληψη αυτή στο παρελθόν αποτελούσε τον σημαντικότερο φραγμό για την πρόοδο στον έλεγχο και την πρόληψη των ατυχημάτων. Ο όρος ατύχημα έχει αντικατασταθεί διεθνώς από τον όρο 'έξωγενής βλάβη ή κάκωση'. Αυτό έγινε γιατί πλέον έχουμε την πεποίθηση ότι το ατύχημα δεν είναι κακοτυχία αλλά νόσος και επιδημία, η οποία 9 στις 10 φορές οφείλεται σε αμέλεια, σε περιφρόνηση του κινδύνου ή σε ανθρώπινο λάθος. Ειδικά στα ατυχήματα των παιδιών η άγνοια των γονέων και όλων όσων έχουν την επιμέλεια τους αποτελεί έναν πρόσθετο αιτιολογικό παράγοντα.

Είναι γεγονός ότι τα παιδικά ατυχήματα στην Ελλάδα λαμβάνουν μεγάλο μέρος της πίτας των ατυχημάτων. Κυρίως τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί σε ένα ιδιαίτερα ανησυχητικό βαθμό. Η ανάπτυξη του τεχνικού πολιτισμού αφ' ενός και η αυξανόμενη απασχόληση της μητέρας έξω από το σπίτι αφ' ετέρου έχουν αυξήσει κατά πολύ τα ποσοστά των κρουσμάτων. Τα βλέπουμε στην τηλεόραση, τα ακούμε στο ραδιόφωνο, τα διαβάζουμε στις εφημερίδες και λίγο πολύ όλοι έχουμε βρεθεί μάρτυρες αιφνιδίων συμβάντων, που κόστισαν ή παρ' ολίγο να κοστίσουν τη ζωή γνωστών ή άγνωστων παιδιών.

Το ατύχημα στην πλειονότητά του μπορεί να αποφευχθεί. Δυστυχώς οι ιθύνοντες μελετούν και ενδιαφέρονται για όλα τα άλλα προβλήματα εκτός από το να επικεντρωθούν στην πρόληψη και την μείωση των παιδικών ατυχημάτων. Γεγονός είναι βέβαια ότι μερίδιο ευθύνης έχουμε όλοι μας και πολύ περισσότερο οι γονείς των παιδιών για την απροσεξία και την αμέλεια την οποία επιδεικνύουν, καθώς και η κοινωνία μέσα στην οποία ζουν αυτά τα παιδιά και μεγαλώνουν, διότι δεν παρέχει καμία ενημέρωση στους γονείς και δη περισσότερο στους νέους γονείς για την φροντίδα των παιδιών τους.

Επειδή ο κοινωνικός τους αντίκτυπος με όποιο τρόπο και αν αποτιμηθεί παραμένει εξαιρετικά υψηλός, η αντιμετώπιση των ατυχημάτων αποτελεί εθνική ανάγκη. Εξάλλου, η πολυπαραγοντική τους αιτιολογία με κυρίαρχη την ανθρώπινη συμπεριφορά και η πολυπλοκότητα των χειρισμών για την αντιμετώπιση τους απαιτούν τη συνεργασία πολλών τομέων μαζί για την αποτελεσματική εξάλειψή τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Τα ατυχήματα στις μέρες μας έχουν εξελιχθεί σε μία σύγχρονη επιδημία. Αν και πολλοί πιστεύουν πως τα ατυχήματα είναι αποτέλεσμα τύχης δυστυχώς η συχνότητα των ατυχημάτων δεν φαίνεται να οφείλεται στην κακή τύχη αλλά είναι αποτέλεσμα άγνοιας ή απροσεξίας. Εννέα στις δέκα φορές ένα ατύχημα είναι αποτέλεσμα ανθρώπινου λάθους, αμέλειας ή περιφρόνησης του κινδύνου. Ειδικότερα όσον αφορά στα ατυχήματα των παιδιών, μεγάλη σημασία έχει ο παράγοντας της άγνοιας ή της αμέλειας των γονέων και γενικά όσων έχουν την επιμέλειά τους. Τα ατυχήματα , επομένως, δεν είναι κακοτυχία αλλά νόσος και επιδημία για την οποία δεν έχουμε κανένα εμβόλιο ούτε μπορεί να υπάρξει ανοσία.

Τα τραύματα που οφείλονται σε ατυχήματα αντιπροσωπεύουν ένα σοβαρότατο πρόβλημα, καθώς έχουν σαν κύριο αίτιό τους την απώλεια ζωής σε παιδιά και εφήβους. Πράγματι στις μέρες μας περισσότεροι είναι οι θάνατοι των παιδιών και των εφήβων οι οποίοι οφείλονται σε ένα ατύχημα από αυτούς που προκαλούν όλες οι παιδικές ασθένειες. Επιπλέον τα ατυχήματα ευθύνονται για τις παιδικές αναπηρίες σοβαρές ή μη καθώς και για την απώλεια των πιο παραγωγικών χρόνων της ζωής ενός παιδιού.

Τα ατυχήματα είναι πολλά και τα μέρη που αυτά μπορούν να συμβούν ακόμη περισσότερα. Αρχικά όμως να μιλήσουμε για το πώς μπορεί να προκληθεί ένα ατύχημα. Τα ατυχήματα μπορεί να είναι ακούσια, δηλαδή να συμβούν χωρίς τη θέλησή μας όπως είναι μία πτώση, αλλά, μπορεί να είναι και εκούσια, δηλαδή να τα έχουμε προκαλέσει εμείς ή κάποιος άλλος όπως είναι μία αυτοκτονία. Τα ακούσια ατυχήματα είναι και τα πιο συχνά στις μέρες μας αλλά δεν λείπουν και περιστατικά εκούσιων ατυχημάτων.

Τα ατυχήματα που απειλούν τα παιδιά είναι πολλά όπως τροχαία, πτώσεις, δηλητηριάσεις, εγκαύματα, πνιγμός και άλλα και μπορούν δε να συμβούν όπως είπαμε και παραπάνω οποιαδήποτε στιγμή και οπουδήποτε όπως στο σπίτι, στο σχολείο, στο δρόμο, στο αυτοκίνητο, στη θάλασσα, στην εξοχή, στον παιδότοπο ακόμα και στις διακοπές. Γενικότερα παντού και πάντα υπάρχει το ενδεχόμενο να συμβεί ένα ατύχημα. Γι' αυτό το λόγο οι γονείς και η κοινωνία πρέπει να μεριμνούν για μία σωστή και συστηματική πρόληψη απέναντι στα παιδικά ατυχήματα.

Υπάρχει μία ιδιαίτερη κατανομή του είδος των ατυχημάτων αφού σχετίζονται άμεσα με τις ηλικιακές ομάδες των παιδιών και τις ιδιαιτερότητες που αυτές έχουν. Η πλειονότητα των

ατυχημάτων υπάρχει σαφώς σε όλες τις ηλικιακές ομάδες αλλά αυτό το οποίο διαφέρει ανά ηλικία είναι η συχνότητα αυτών των ατυχημάτων. Όσον αφορά λοιπόν τα παιδιά κάτω των πέντε ετών εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα στα ατυχήματα που συμβαίνουν στο σπίτι και στον περιβάλλοντα χώρο. Αντιστοίχως, τα μεγαλύτερα παιδιά και τα παιδιά που βρίσκονται στην εφηβεία εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα στα τροχαία ατυχήματα. Επειδή όμως τα ποσοστά αυτών των ατυχημάτων είναι ιδιαίτερος ανησυχητικά αλλά και αποθαρρυντικά αυξανόμενα πρέπει να δώσουμε μεγάλο βάρος στην προσπάθεια λήψης μέτρων για την πρόληψη αυτής της μάστιγας που κατακλύζει την εποχή μας.

Οι γονείς καθημερινά και αδιαλείπτως ανησυχούν πως θα προστατέψουν καλύτερα τα παιδιά τους από τους ξένους και τη βία και ωστόσο παραμένει άξιον απορίας πως καταφέρνουν να παραβλέπουν μία από τις μεγαλύτερες απειλές, δηλαδή, τους κινδύνους που τα απειλούν μέσα στο σπίτι, στο οικείο περιβάλλον τους, στο σχολείο, στο αυτοκίνητο και στο δρόμο. Ίσως το σημαντικότερο που πρέπει να κάνουν οι γονείς είναι να σταματήσουν να θεωρούν τα ατυχήματα αυτά ως αναπόφευκτα δεινά και να πάρουν θέση και στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπισή τους. Είναι κοινώς παραδεκτό ότι ατυχήματα συμβαίνουν και πάντα θα συμβαίνουν αλλά πρέπει να συνειδητοποιήσουμε πως πολλά από αυτά μπορούμε να τα προλάβουμε και οι σοβαροί τραυματισμοί μπορούν να αποφευχθούν.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να μελετήσουμε και να γνωστοποιήσουμε τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των παιδικών ατυχημάτων τα οποία συμβαίνουν στην περιοχή των Χανίων και του Ηρακλείου κατά την διάρκεια του 2006 καθώς και τους παράγοντες κινδύνου που χαρακτηρίζουν αυτά τα ατυχήματα. Επιπλέον να δούμε τα κύρια χαρακτηριστικά των ατυχημάτων αυτών να προσδιορίσουμε τους παράγοντες κινδύνου και να ενημερώσουμε για τα μέτρα που μπορούμε να πάρουμε ώστε να προληφθούν και να μειωθούν τα παιδικά ατυχήματα στο έπακρον.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Ως ατύχημα ορίζουμε την οξεία έκθεση σε ενέργεια η οποία μπορεί να είναι μηχανική, θερμική, ηλεκτρική, χημική καθώς επίσης συμπεριλαμβάνονται και συνθήκες στέρησης βασικών ζωτικών παραμέτρων όπως η θερμότητα και το οξυγόνο.

Ένα ατύχημα μπορεί να προκληθεί ακούσια ή εκούσια. Τα ακούσια ατυχήματα είναι τα τροχαία, τα οικιακά και ελεύθερου χρόνου ατυχήματα (πτώσεις, εγκαύματα, δηλητηριάσεις, πνιγμοί – πνιγμονές, ατυχήματα σε αθλοπαιδιές) και τα επαγγελματικά. Τα εκούσια ατυχήματα είναι η βία η οποία χωρίζεται σε αυτοπρόκλητη (αυτοκτονίες και απόπειρες) και ετερόκλητη (μεταξύ ερωτικών συντρόφων και κακοποίηση) (Πετρίδου, 2005).

1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Τα παιδικά ατυχήματα ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες αν και τα όρια αυτών δεν είναι αρκετά σαφή. Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσονται τα ατυχήματα που συμβαίνουν στο σπίτι και στον περιβάλλοντα χώρο και τα είδη των ατυχημάτων που περιλαμβάνονται είναι οι πτώσεις και οι τραυματισμοί, η εισρόφηση ξένων σωμάτων, η πνιγμονή και ο πνιγμός, τα εγκαύματα οι ηλεκτροπληξίες και οι δηλητηριάσεις. Στην δεύτερη κατηγορία κατατάσσονται τα ατυχήματα που συμβαίνουν έξω από το σπίτι και αυτά αναφέρονται σε τροχαία ατυχήματα, σε ατυχήματα αναψυχής και αθλητικά, σε ατυχήματα στο σχολείο, στην παιδική χαρά και τον παιδότοπο και στο χώρο εργασίας. Στην τρίτη κατηγορία περιλαμβάνονται τα μη κατατάξιμα ατυχήματα και αυτά είναι ατυχήματα από πυρκαγιές, σεισμούς, βία και αυτοκτονίες (Τσουμάκας, 2006).

1.3 ΕΙΔΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥΣ

Το είδος των ατυχημάτων στα παιδιά έχει άμεση σχέση με την ηλικία τους. Στη βρεφική ηλικία τα ατυχήματα που συμβαίνουν συχνότερα είναι οι πτώσεις, οι εισροφήσεις και η κατάποση ξένων σωμάτων, οι δηλητηριάσεις και τα εγκαύματα. Στην νηπιακή ηλικία επίσης κυριαρχούν οι πτώσεις και ακολουθούν οι πνιγμοί, οι δηλητηριάσεις και τα εγκαύματα. Στην πρώτη σχολική ηλικία τα ατυχήματα που συμβαίνουν κατά κύριο λόγο είναι τα τροχαία, με το

παιδί πεζό, επιβάτη και ποδηλάτη ενώ συναντάμε επίσης πνιγμούς, εγκαύματα, πτώσεις ενώ σπάνιες είναι οι δηλητηριάσεις. Στην προεφηβική ηλικία τα ατυχήματα που δεσπόζουν είναι τα τροχαία και πάλι ενώ ακολουθούν οι πνιγμοί, οι πτώσεις και τέλος τα εγκαύματα (Τσουμάκας, 2006). Παρακάτω αναφέρονται συνοπτικά τα είδη των ατυχημάτων και τα αίτιά τους.

1.3.α. Τροχαία

Σύμφωνα με τον ορισμό που αναφέρεται από την INTERNATIONAL ROAD TRAFFIC AND ACCIDENT DATABASE (IRTAD 1998) τροχαίο ατύχημα εννοούμε το ατύχημα που συμβαίνει σε δημόσιο δρόμο ή χώρους ανοιχτούς στην κυκλοφορία οχημάτων, με αποτέλεσμα τον θάνατο ή τον τραυματισμό ενός ή περισσότερων ατόμων κ την εμπλοκή τουλάχιστον ενός οχήματος. Δεν περιλαμβάνονται ατυχήματα που σαν συνέπεια έχουν αποκλειστικά υλικές ζημιές.

Όταν λέμε τραυματισμός από τροχαίο ατύχημα εννοούμε τον τραυματισμό που προκλήθηκε σε έναν ή περισσότερους από τους οδικούς χρήστες οι οποίοι ενεπλάκησαν στο ατύχημα.

Θανατηφόρο ατύχημα ορίζεται το ατύχημα αυτό στο οποίο το θύμα σκοτώθηκε επιτόπου ή εντός 30 ημερών από την ημέρα του ατυχήματος.

Το παιδί μπορεί να βρεθεί θύμα τροχαίου είτε ως πεζός, ως επιβάτης, ως ποδηλάτης ή ως οδηγός κατά την εφηβεία.

Ως αίτια των παιδικών τροχαίων ατυχημάτων ενοχοποιούνται το ίδιο το παιδί, η ηλικία του κ οι φυσικές του αδυναμίες λόγω μικρού αναστήματος και περιορισμένης ορατότητας και το περιβάλλον του, οι γονείς του κ οι δάσκαλοί του που δεν φροντίζουν για τη σωστή εκπαίδευση κ πληροφόρηση του παιδιού. Επιπλέον ενοχοποιείται η κατάσταση του οδικού δικτύου, η συμπεριφορά των οδηγών και η μη χρήση προστατευτικών μέτρων όπως ζώνη ασφαλείας, κράνος κ παιδικό κάθισμα για την ασφαλή μεταφορά του παιδιού με το αυτοκίνητο.

1.3.β Πνιγμός - Πνιγμονή

Με τον όρο πνιγμό ορίζεται η κατάσταση εκείνη η οποία οδηγεί στο θάνατο του ατόμου και η οποία οφείλεται σε ασφυξία που επέρχεται μετά από βύθιση για ικανό χρονικό διάστημα των εξωτερικών στομίων 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 απαραίτητος εντός των πρώτων 24 ωρών.

Ως παρ' ολίγον πνιγμός (near drowning) ορίζεται 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, απαραίτητος μετά το πρώτο 24ωρο.

Κατά κύριο λόγο όταν αναφερόμαστε σε πνιγμό μιλάμε για ακούσιο ατύχημα δεν σπανίζουν όμως και οι περιπτώσεις όπου ο πνιγμός αποτελεί αποτέλεσμα απόπειρας αυτοκτονίας ή πολύ σπάνια ανθρωποκτονίας. Πνιγμός επίσης μπορεί να συμβεί στα πλαίσια μεγάλων φυσικών καταστροφών, αλλά και ατυχημάτων με μέσα μαζικής μεταφοράς ανθρώπων όπως πλοία, αεροπλάνα, υδροπλάνα.

Η πνιγμονή ως ορισμός αναφέρεται στον 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») (Πετρίδου, 2002).

Όταν ο χρόνος εμβύθισης είναι λιγότερος από 3 λεπτά τότε τα θύματα συνήθως επιζούν εκτός και αν το νερό έχει μικρότερη θερμοκρασία από 10-15 βαθμούς Κελσίου οπότε επιβιώνουν και άτομα εμβυθισμένα για 10 περίπου λεπτά (Κέντρο Παιδιατρικής Μέριμνας, αχρονολόγητο).

Στα αίτια του πνιγμού περιλαμβάνονται: κόπωση, αιφνίδια οξεία κατάσταση (π.χ επιληψία κλπ), τραυματισμός της κεφαλής ή του νωτιαίου μυελού σε κατάδυση, δαγκώματα από υδρόβιους οργανισμούς, κλπ.

Ο πνιγμός είναι δυνατόν να προληφθεί αρκεί οι γονείς να προσέχουν κάποια σημαντικά σημεία (βλέπε παράρτημα Γ).

1.3.γ Πτώση

Οι πτώσεις είναι κατά κύριο λόγο τα ατυχήματα που σκοτώνουν περισσότερα άτομα από οποιαδήποτε άλλη αιτία ατυχημάτων. Ακόμα πιο δραματικό είναι το γεγονός ότι πολλά είναι τα παιδιά που κάθε χρόνο βιώνουν τις επιπτώσεις των πτώσεων (Ζημάλης, 2003). Μία σχετική έρευνα έχει γίνει στην Ελλάδα το έτος 2004 και αναφέρει την πτώση σαν την κύρια αιτία ατυχημάτων και ο εξοπλισμός σε παιδικούς σταθμούς είναι συχνά ευθύνεται για τις αιτίες των παιδικών ατυχημάτων. (Dedoukou, 2004).

Ως αίτια των πτώσεων ενοχοποιούνται κυρίως τα γλιστρήματα ή τα παραπατήματα στο ίδιο επίπεδο. Σπάνιες είναι οι πτώσεις από ψηλά σημεία. Πολλές από αυτές μπορούν να προβλεφθούν και να προληφθούν (βλέπε παράρτημα Δ)

1.3.δ Έγκαυμα

Με τον όρο έγκαυμα αναφερόμαστε στη βλάβη του δέρματος από την επίδραση της θερμότητας η οποία μπορεί να είναι αέρια (φωτιά), υγρή (καυτό νερό), ή και στερεή (καυτές επιφάνειες). Επιπλέον μπορεί να είναι επίδραση χημικών ουσιών, ηλεκτρικού ρεύματος ή ακτινοβολίας στο σώμα. Η έκταση της βλάβης (βάθος του εγκαύματος) είναι αποτέλεσμα της έντασης της θερμότητας (ή άλλης έκθεσης) και της διάρκειας της έκθεσης.

Τα εγκαύματα διακρίνονται σε μερικού πάχους που είναι τα εγκαύματα 1ου βαθμού που προσβάλλουν τις επιφανειακές στιβάδες της επιδερμίδας και τα εγκαύματα 2ου βαθμού που εκτείνονται σε διάφορο πάχος στην επιδερμίδα (με σχηματισμό φυσαλίδων) και σε τμήμα του χορίου και τα ολικού πάχους που είναι τα 3ου βαθμού τα οποία χαρακτηρίζονται από καταστροφή όλων των στοιχείων του δέρματος και θρόμβωση του υποδορίου πλέγματος (Σούκουλη, 2005).

Πίνακας 1.3. Παρατηρήσεις για την φροντίδα των εγκαυμάτων.

Δεν εφαρμόζουμε λάδια , αλοιφές , οδοντόκρεμες κλπ πάνω στην εγκαυματική επιφάνεια. Η ποβιδόνη επίσης (Betadine) , μπορεί να είναι ιδιαίτερα επώδυνη.
Αντιβιοτικά από το στόμα παίρνονται μόνο μετά από ιατρική σύσταση αν και σε μικρές, επιφανειακές βλάβες σπάνια είναι απαραίτητα.
Ο φυσιολογικός ορός είναι αρκετά καλό μέσο καθαρισμού του πάσχοντος δέρματος.
Δε σπάμε τις φυσαλίδες στο έγκαυμα. Οι φυσαλίδες καλύπτουν εξαιρετικά τη βλάβη και ο ορός που περιέχουν τρέφει την τραυματισμένη επιφάνεια , επιταχύνοντας την αναγέννησή της (επιθηλιοποίηση).

Τα αίτια των εγκαυμάτων είναι θερμικά τα οποία προκαλούνται από επαφή με φωτιά, καυτές επιφάνειες, καυτό νερό ή υδρατμούς, χημικά τα οποία μπορούν να ερεθίσουν ή να προκαλέσουν βλάβη στο δέρμα ή να απορροφηθούν από αυτό, προκαλώντας εκτεταμένες ή μοιραίες βλάβες μέσα στο σώμα και ηλιακά που μπορεί να προκληθούν από υπερβολική έκθεση στις ακτίνες του ήλιου ή μιας υπεριώδους λάμπας. Ακόμα εγκαύματα μπορεί να προκληθούν από σταγόνες χημικών στα μάτια και μπορεί να προκαλέσουν σοβαρά τραύματα αν δεν αντιμετωπισθούν άμεσα, από ηλεκτρισμό όταν αυτός περνά μέσα από το σώμα. Τέλος εγκαύματα μπορεί να προκληθούν από κεραυνό ή χαμηλής ή υψηλής τάσης ρεύμα (Υγεία, 2006).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε κάποια ιδιαίτερα σημεία που αφορούν τα εγκαύματα και τα οποία δεν πρέπει να κάνουμε (βλέπε πίνακα 1.3).

1.3.ε Δηλητηρίαση

Ως δηλητηρίαση ορίζουμε την έκθεση (π.χ. εισπνοή, λήψη από του στόματος, ή παρεντερικά, δερματική επαφή) σε μία τοξίνη η οποία καταλήγει σε επικίνδυνες επιδράσεις πάνω σε κάποιο βιολογικό σύστημα.

Η δηλητηρίαση μπορεί να συμβεί με δηλητήρια οικιακής χρήσης όπως λευκαντικά, διαλυτικά χρωμάτων, ζιζανιοκτόνα που μπορούν να προκαλέσουν χημικά εγκαύματα ή εσωτερικά τραύματα αν τα καταπιούμε. Συνηθισμένη είναι και η δηλητηρίαση από Φάρμακα η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ηθελημένης ή αθέλητης υπερβολικής δόσης ενός φαρμάκου ή από κατάχρηση ναρκωτικών. Σχετική έρευνα έχει γίνει στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης για δηλητηρίαση ποικίλης αιτιολογίας τη περίοδο 1985-2001 και αναφέρει ότι οι παιδικές δηλητηριάσεις είναι συχνότερες στα αγόρια, είναι γενικά ελαφριές και έχουν καλή έκβαση, ενώ η συχνότητά τους συνδέεται και με τις γενικότερες κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες διαβίωσης αυτών (Ζιάκα, 2003β). Οι τρόποι δηλητηρίασης είναι οι εξής: δερματική έκθεση, οφθαλμική έκθεση, γαστρεντερική έκθεση (κατάποση ουσίας), εισπνοή αερίων, τροφική δηλητηρίαση (μπορεί να προκληθεί από μολυσμένη τροφή από βακτηρίδια ή τοξίνες που έχουν παραχθεί από βακτηρίδια που υπήρχαν κάποτε στην τροφή), δηλητηρίαση με αιθανόλη (Σούκουλη, 2001).

1.3.στ Ξένα σώματα

Ως "ξένο σώμα" περιγράφεται οποιοδήποτε υλικό μπει μέσα στο σώμα ή μέσω μιας πληγής του σώματος, ή μέσω μιας από τις φυσικές οδούς του σώματος όπως αυτί, μύτη ή στοματική κοιλότητα.

Τα ξένα σώματα που μπορεί να μπουν στο σώμα μας είναι αρχικά οι παρασχίδες οι οποίες προέρχονται από ξύλο ή θραύσματα γυαλιού μέσα στο δέρμα κυρίως χεριών, ποδιών ή και γονάτων, τα αγκίστρια, κάποιο ξένο σώμα στον οφθαλμό ή στη μύτη, κάποιο έντομο στο αυτί. Επίσης μπορεί να είναι κατάποση ξένων σωμάτων καθώς τα μικρά παιδιά συχνά βάζουν αντικείμενα μέσα στο στόμα, τα οποία μπορεί να καταπιούν, όπως κέρματα ή καρφίτσες. Ακόμα μπορεί να έχουμε ξένα σώματα στην τραχεία όπως μικρά μαλακά αντικείμενα τα οποία μπορεί να διαφύγουν από τους προστατευτικούς μηχανισμούς του λαιμού και να γλιστρήσουν μέσα στην τραχεία καθώς και σώματα όπως οι ξηροί καρποί μπορεί να εισροφηθούν από τον πνεύμονα και να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη (Σούκουλη, 2002).

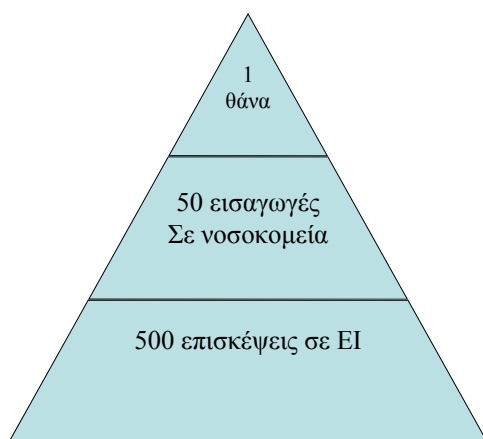
1.3.ζ Ηλεκτροπληξία

Ως ηλεκτροπληξία ορίζουμε την διαδικασία εκείνη κατά την οποία το σώμα μας διαρρέεται από ηλεκτρικό ρεύμα. Μπορεί να μοιάζει με απλό γαργάλημα στις άκρες των δακτύλων του χεριού ή μπορεί να προκαλέσει μυϊκή σύσπαση, να παραλύσει την καρδιά, να ανακόψει τη λειτουργία της αναπνοής ή να προσβάλλει καίρια το νευρικό σύστημα.

Το ανθρώπινο σώμα είναι καλός αγωγός του ηλεκτρισμού. Όταν υπάρχει υγρασία, όπως με τα βρεγμένα χέρια ή πόδια, τα υγρά δάπεδα ή το γρασίδι, το σώμα μας γίνεται ακόμη καλύτερος αγωγός του ηλεκτρισμού και σε συνδυασμό με κάποια βλάβη σε συσκευές ή ένα ανθρώπινο λάθος ή το συνδυασμό βλάβης και ανθρώπινου λάθους έχουμε τα κύρια αίτια της ηλεκτροπληξίας. Επιπλέον ενοχοποιούνται η άγνοια των συγκεκριμένων οδηγιών για τη χρησιμοποίηση του ηλεκτρισμού και του ηλεκτρολογικού εξοπλισμού, η αδυναμία μας να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί, η αμέλεια, η κατάχρηση και η λαθεμένη χρήση αυτών (Σημάλης, 2002).

1.4 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα ατυχήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στα ελληνόπουλα (50%), με δεύτερη τα κακοήθη νοσήματα (16%) και τρίτη τις συγγενείς διαμαρτυρίες (8%). Κάθε χρόνο στην Ελλάδα 500.000 παιδιά τραυματίζονται από διάφορες αιτίες, 700 απ' αυτά χάνουν τη ζωή τους και 3000 μένουν ανάπηρα για όλη τους τη ζωή. Από αυτά τα τραγικά συμβάντα, τα 100 λαμβάνουν χώρα μέσα στο σπίτι και μάλιστα στο 50% των περιπτώσεων παρουσία ενηλίκων. Σημειώνεται ότι πολλά από τα οικιακά ατυχήματα συμβαίνουν σε παιδιά, η μητέρα των οποίων ακολουθεί επαγγελματική καριέρα και αφήνει τη φροντίδα τους σε τρίτους. Υπολογίζεται πως κάθε χρόνο το 6-9% των παιδιών στην Ελλάδα επισκέπτονται κάποιο ιατρό, Κέντρο Υγείας ή νοσοκομείο για ένα σοβαρό ή λιγότερο σοβαρό ατύχημα (Τσουμάκας, 2006).



Εικόνα 1.4. Πυραμίδα ατυχημάτων

Για κάθε θάνατο παιδιού που σημειώνεται από ατύχημα αντιστοιχούν 50 εισαγωγές για αντιμετώπιση σε Νοσοκομεία και 500 επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας, όπως φαίνεται στην εικόνα 1.4. (Πετρίδου, 2005),

Στην Ελλάδα (1996-2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 10 θάνατοι από πνιγμούς, 86 νοσηλείες και 109 επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων σε παιδιά ηλικίας 0-14 ετών. Δηλαδή για κάθε θάνατο από πνιγμό εκτιμάται ότι νοσηλεύονται για παρ' ολίγο πνιγμό 9 παιδιά ενώ άλλα 11 εξετάζονται από γιατρούς εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων (ΚΕΠΑ, 2007β).

Η Ελλάδα κατέχει την 7η θέση μεταξύ των 15 παλαιότερων μελών της Ε.Ε. σε συχνότητα φαρμακευτικών δηλητηριάσεων, με 460 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους. Περίπου οι μισές δηλητηριάσεις αφορούν σε παιδιά, και το 44% των σχετικών περιστατικών έχει ως αιτία τη λήψη ψυχοφαρμάκων, αναλγητικών και αντιβιοτικών, το 23% απορρυπαντικών, το 5% καλλυντικών και το 3% γεωργικών φαρμάκων (Τσατσαμπά, αχρονολόγητο).

1.5 ΠΡΟΛΗΨΗ

Στον 21^ο αιώνα τα ατυχήματα αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας στις παιδικές και νεαρές ηλικιακές ομάδες. Ο όρος ‘ατύχημα’ περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τα τροχαία, πνιγμούς, πτώσεις, εγκαύματα και δηλητηριάσεις. Είναι αυτά που ευθύνονται κατά κύριο λόγο για τους περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη νοσολογική οντότητα, αποτελούν την κύρια αιτία αναπηρικών καταστάσεων, καταναλώνουν σημαντικό τμήμα των υπηρεσιών του συστήματος υγείας και συνδυάζονται με σοβαρή ψυχοκοινωνική επιβάρυνση (ΚΕΠΑ, 2007). Τα ατυχήματα δεν αντιμετωπίζονται με κλασικές μεθόδους: δεν υπάρχει φάρμακο ή εμβόλιο για την πρόληψη των ατυχημάτων. Όμως τα ατυχήματα είναι προβλέψιμα και προλήψιμα. Το 50% των θανάτων από ατύχημα σε παιδιά στην ΕΕ-15 θα μπορούσαν να προληφθούν εάν σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες υπήρχαν προληπτικά μέτρα ανάλογα με αυτά που εφαρμόζονται στη Σουηδία (χώρα με το χαμηλότερο δείκτη παιδικής θνησιμότητας λόγω ατυχημάτων). Στα περισσότερα παιδιά κάτω των 5 ετών συμβαίνουν ατυχήματα σε περιβάλλον που ελέγχεται από τους γονείς τους ή από κάποιον ενήλικα και σε παιδιά ηλικίας 5 με 14 ετών συμβαίνουν ατυχήματα σε οδικό περιβάλλον (Πετρίδου, 2005). Πολλά είναι επίσης και τα ατυχήματα που συμβαίνουν καθημερινά σε χώρους σχολικού περιβάλλοντος καθώς και στο δρόμο από και προς το σχολείο. Η σωστή και συστηματική πρόληψη, καθώς και ο συχνός έλεγχος για κινδύνους μέσα στο σπίτι μπορούν να μειώσουν τα παιδικά ατυχήματα και τις συνέπειές τους κατά 50%, σύμφωνα με το μη κερδοσκοπικό σωματείο Αντιμετώπιση Παιδικού Τραύματος.

Η εκτίμηση των αριθμητικών διαστάσεων του προβλήματος των ατυχημάτων αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την αντιμετώπισή του. Η συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι τα περισσότερα παιδικά ατυχήματα είναι προβλέψιμα και προλήψιμα οδήγησε πολλές χώρες να αναλάβουν σημαντικές και συνεπείς προσπάθειες πρόληψης και τα αποτελέσματά τους είναι ήδη ορατά.

Η πρόληψη των ατυχημάτων θα αφορά σε τρία επίπεδα πρόληψης. Αυτά αφορούν αρχικά τα παιδιά, τους γονείς και τέλος την κοινότητα.

Όσον αφορά το παιδί πρέπει να του διδάξουμε αρχικά την έννοια του ατυχήματος και τις συνέπειές του, να αποκτήσουν επίγνωση των κινδύνων στους χώρους διαβίωσης και συναναστροφής με τους άλλους. Να πληροφορηθούν κατάλληλα έτσι ώστε να είναι σε θέση να εντοπίζουν παράγοντες και αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν ατύχημα στο περιβάλλον που βρίσκονται είτε αυτό είναι το σπιτικό, είτε το σχολικό, είτε το οδικό. Ακόμα να κατανοήσουν ότι τα ατυχήματα τα αφορούν και να ενημερωθούν σχετικά με τους τρόπους αποφυγής των ατυχημάτων στο χώρο του σπιτιού, του σχολείου και στο δρόμο.

Όσον αφορά τους γονείς πρέπει να μάθουν πώς να ενημερώνουν σωστά και αποτελεσματικά τα παιδιά από μικρά για τα ατυχήματα και τις συνέπειές τους. Πρέπει επίσης να μάθουν και να κατανοήσουν ότι έχουν και αυτοί μερίδιο ευθύνης στο θέμα των παιδικών ατυχημάτων και ότι είναι στο χέρι τους να καταπολεμηθεί το δραματικό ποσοστό τους και να εξαλειφθεί. Ακόμα πρέπει να συμβάλουν αποτελεσματικά στη δημιουργία ασφαλέστερων προϊόντων και περιβαλλοντικών συνθηκών. Τέλος πρέπει να ενημερωθούν και να λάβουν μέρος σε εκστρατείες ειδικής εκπαίδευσης των γονέων για αποτελεσματική επίβλεψη των παιδιών (Πετρίδου, 2005).

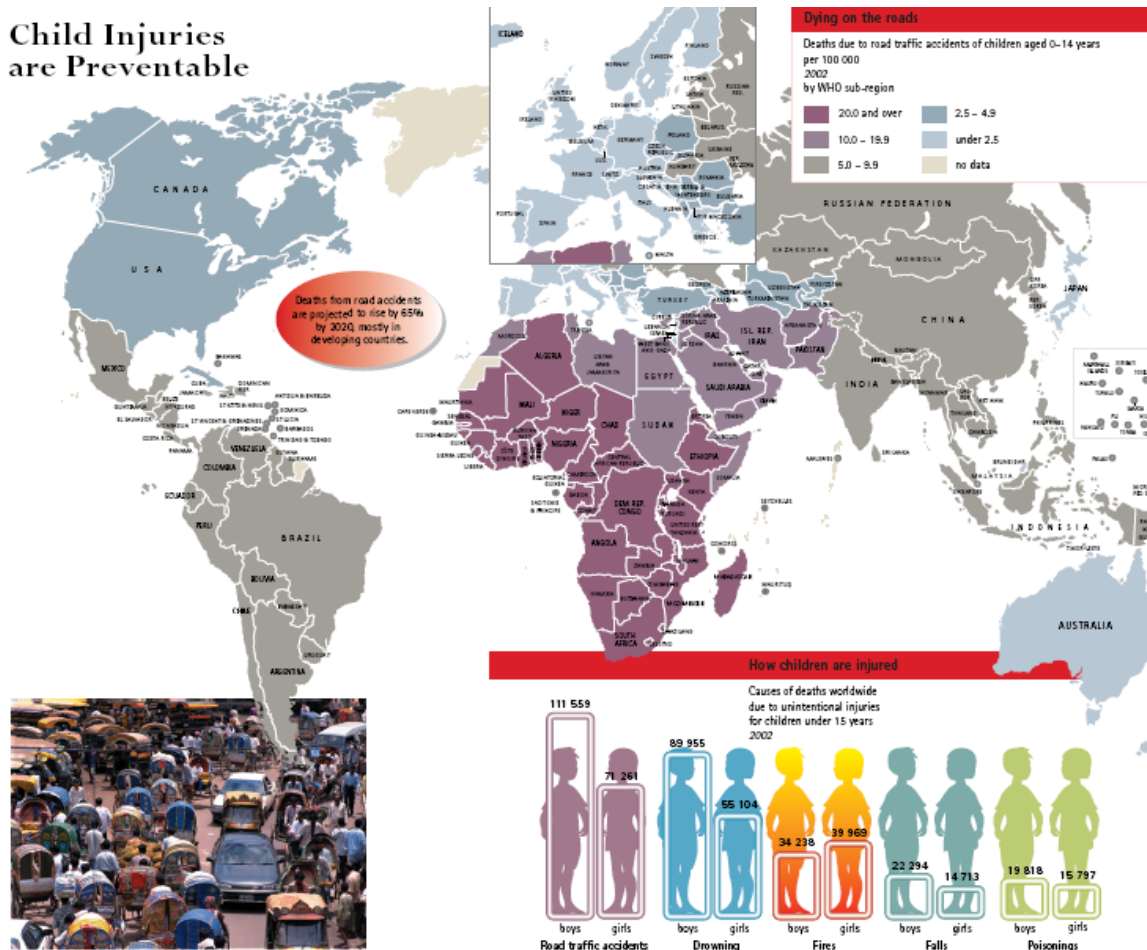
Όσον αφορά την κοινότητα πρέπει να μεριμνήσει στη διαμόρφωση οδικού περιβάλλοντος για περισσότερη ασφάλεια για παιδιά-πεζούς και για παιδιά-ποδηλάτες. Πρέπει να συμβάλει στη δημιουργία προγραμμάτων ανάπτυξης δεξιοτήτων για ασφαλέστερη συμπεριφορά ως πεζών και επιβατών οχημάτων (κράνος, συστήματα συγκράτησης). Επίσης χρειάζεται η συμβολή της κοινότητας στη δημιουργία εκστρατείας για τη σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση των παιδιών για τη συστηματική χρήση ζώνης ασφαλείας και κράνους. Τέλος τη δημιουργία εκστρατείας για την αποφυγή ριψοκίνδυνης οδικής συμπεριφοράς των πολιτών (χρήση αλκοόλ) (Πετρίδου, 2005). Επίσης ως άμεση ανάγκη ορίζεται η παρέμβαση της κοινότητας στα πλαίσια δημιουργίας ασφαλούς περιβάλλοντος μέσα και έξω του χώρου του σχολείου. Αυτό συνεπάγεται διαβάσεις πεζών έξω από τα σχολεία, προστατευτικά κιγκλιδώματα, συσκευές πυρόσβεσης, ασφαλείς χώρους παιχνιδιού, σωστά κλιμακοστάσια, απουσία σπασμένων τζαμιών και τελευταίο και σημαντικότερο η ύπαρξη σχολικού τροχονόμου έξω από τα σχολεία κατά τις ώρες προσέλευσης και αποχώρησης από το σχολείο.

Εκτός όμως από την πρόληψη των ατυχημάτων εξίσου σημαντική είναι και η αντιμετώπιση των παιδικών ατυχημάτων καθώς κάποια ατυχήματα είναι αδύνατο να αποφευχθούν (βλέπε παράρτημα Ε).

1.6 ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ

Η πρόληψη των ατυχημάτων μπορεί να συμβεί με διάφορους τρόπους. Ένας από αυτούς και ο πιο σημαντικός είναι η επιτήρηση. Η επιτήρηση αναφέρεται στη συνεχή και συστηματική συλλογή, ανάλυση, ερμηνεία και στη διάδοση πληροφοριών υγείας. Γενικά μιλώντας περιλαμβάνει την φροντίδα καταγραφής ατομικών περιπτώσεων, συγκεντρώνει πληροφορίες από τις καταγραφές, αναλύει και ερμηνεύει τις πληροφορίες και τις διαδίδει σε άλλους. Όταν λέμε άλλους μπορεί να περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας, κρατικούς φορείς, διεθνή πρακτορεία, το γενικό κοινό και οποιονδήποτε άλλον ο οποίος ενδιαφέρεται για την δημόσια υγεία.

(Πηγή: WHO 2002).



Το μέγεθος του προβλήματος των ατυχημάτων δεν είναι ένα θέμα που επιδέχεται αμφισβήτηση. Σε πρόσφατη ένδειξη, ο αριθμός των ατόμων οι οποίοι πεθαίνουν από ατυχήματα κάθε χρόνο ανέρχεται σε εκατομμύρια. Οι θάνατοι όμως είναι ένα μικρό κομμάτι από το γενικό πρόβλημα: για κάθε άτομο το οποίο πεθαίνει, πολλοί περισσότεροι είναι σοβαρά και με μόνιμες αναπηρίες, και πολλοί άλλοι υποφέρουν και έχουν βραχυπρόθεσμα αναπηρίες. Το κόστος της θνησιμότητας και της νοσηρότητας των ατυχημάτων είναι τεράστιο και όχι μόνο για τις οικονομικές απαιτήσεις της κάθε χώρας στο θέμα της δημόσιας υγείας αλλά και για την προσωπική δυστυχία. Παρ' όλα αυτά λίγες χώρες έχουν συστήματα επιτήρησης που παράγουν αξιόπιστες πληροφορίες για την φύση και την έκταση των ατυχημάτων, ειδικά σε μη θανάσιμα ατυχήματα (Holder, 2001).

Όπως έχει αναφερθεί επανειλημμένως πολλά είναι τα ατυχήματα τα οποία συμβαίνουν καθημερινά στα παιδιά. Δυστυχώς όμως τα στοιχεία τα οποία συλλέγουμε για τα ατυχήματα δεν είναι αρκετά και ικανοποιητικά. Γνωρίζουμε για το είδος του ατυχήματος την ταξινόμησή του, τις συνέπειες και τα αποτελέσματά του αλλά συνήθως δεν πληροφορούμαστε για ουσιαστικά χαρακτηριστικά του κάθε ατυχήματος. Τις περισσότερες φορές δεν γνωρίζουμε που συμβαίνει ένα ατύχημα ή και αν γνωρίζουμε, πράγμα σπάνιο, αυτά που αναφέρονται σε έρευνες και σε μελέτες είναι πολύ γενικά και αόριστα.

Αυτό είναι συνέπεια της μη σωστής επιτήρησης της κάθε χώρας για τα παιδικά ατυχήματα και τα δεδομένα συλλογής αυτών. Οι βάσεις δεδομένων που υπάρχουν για τη συγκέντρωση των στοιχείων των παιδικών ατυχημάτων δεν είναι ακριβείς και σαφείς και πολλές φορές ελλείπει έτσι ώστε να μην γίνεται σωστή συλλογή των στοιχείων. Επομένως είναι σχεδόν αδύνατη η εξάλειψη του φαινομένου εξάπλωσης των ατυχημάτων καθώς οι στρατηγικές πρόληψης αναφέρονται σε απροσδιόριστους τομείς.

Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο είναι απαραίτητη η επιτήρηση των ατυχημάτων. Αν υπάρχει πλήρης ενημέρωση σχετικά με τα χαρακτηριστικά των ατυχημάτων, η κάθε πολιτεία θα έχει άμεσους στόχους και θα επιτευχθεί η πρόληψη των ατυχημάτων. Στόχος είναι η πρόληψη και η εξάλειψη των κινδύνων των ατυχημάτων έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η υγεία των παιδιών. (WHO 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΙΔΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Όπως αναφέρθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο τα παιδικά ατυχήματα ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες και αυτές είναι τα παιδικά ατυχήματα στο σπίτι και τον περιβάλλοντα χώρο, τα ατυχήματα έξω από το σπίτι και τα μη κατατάξιμα ατυχήματα. Παρακάτω αναφέρονται εκτενέστερα.

2.1 ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΑ ΧΩΡΟ

Σε καμία περίπτωση τα παιδιά δεν πρέπει να μένουν μόνα στο σπίτι. Το καμπανάκι του κινδύνου κρούουν οι παιδίατροι στους γονείς των οποίων η απροσεξία μπορεί πολλές φορές να αποβεί μοιραία για την υγεία αλλά κ τη ζωή των παιδιών τους. Τα παιδικά ατυχήματα που συμβαίνουν στο σπίτι αντιπροσωπεύουν το 35% των ατυχημάτων συνολικά ενώ τα μισά από αυτά συμβαίνουν παρουσία ενήλικα. Για παιδιά όμως μικρότερα των 5 ετών αποτελούν το 60-80% του συνολικού αριθμού τους. Κάθε χρόνο στην Ελλάδα 700 παιδιά χάνουν τη ζωή τους, 3000 μένουν ανάπηρα κ 10000 τραυματίζονται σοβαρά εξαιτίας κάποιου ατυχήματος (Τσουμάκας, 2006).

Τα ατυχήματα τα οποία μπορεί να συμβούν στο σπίτι είναι αρχικά οι πτώσεις οι οποίες είναι από τα πιο συνηθισμένα ατυχήματα μέσα στο σπίτι. Τα βρέφη μπορεί να πέσουν από την κούνια, το κρεβάτι, το καρότσι, το port-bebe (Fotroulou, αχρονολόγητο) και τη στράτα. Έχει γίνει μια σχετική έρευνα για ατυχήματα σε βρέφη και αναφέρεται σε ατυχήματα που μπορεί να συμβούν στα μωρά (Farmakakis, 2004). Τα μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να πέσουν από το γυαλισμένο πάτωμα, τις απροστάτευτες σκάλες, τα έπιπλα, τα ανοικτά παράθυρα, από τα απροστάτευτα κάγκελα της βεράντας και άλλα. Η εισρόφηση ξένων σωμάτων μπορεί να προκαλέσει την πνιγμονή ή την ασφυξία του παιδιού και μπορεί να συμβεί με ξηρούς καρπούς, κουμπιά, μικρά παιχνίδια, κέρματα και άλλα. Μπορεί να συμβεί από την ηλικία που το βρέφος βάζει στο στόμα του οτιδήποτε βρει μπροστά του. Το 75% των περιστατικών συμβαίνει σε ηλικίες 1-3 χρόνων. Ο πνιγμός είναι ένα ακόμα ατύχημα που μπορεί να συμβεί μέσα στο σπίτι είτε στην μπανιέρα είτε σε οποιοδήποτε χώρο συλλογής νερού. Τα εγκαύματα είναι τα συχνότερα και τα σοβαρότερα ατυχήματα στο σπίτι για τα παιδιά 2-5 ετών. Συνήθως συμβαίνουν στην κουζίνα (80%) και στο λουτρό. Τα παιδιά συχνά μέσα στο σπίτι παθαίνουν ηλεκτροπληξίες και αυτό συμβαίνει όταν βάζουν στις πρίζες σύρματα, καρφίτσες κτλ. Οι

τραυματισμοί επίσης είναι ένα συχνό φαινόμενο και μπορεί να συμβούν από επικίνδυνα παιχνίδια, από έπιπλα, από σύγκρουση με γυάλινες επιφάνειες και στα μεγαλύτερα παιδιά από δαγκώματα ζώων και δυστυχώς συχνοί είναι και οι τραυματισμοί από πυροβόλο όπλο. Τέλος είναι οι δηλητηριάσεις οι οποίες αποτελούν συχνή μορφή ατυχημάτων στα παιδιά. Ο συχνότερος τρόπος δηλητηρίασης είναι η κατάποση από το στόμα ενώ σπάνιες είναι οι περιπτώσεις εισπνοής από το αναπνευστικό σύστημα ή η απορρόφηση από το δέρμα. Το 80% του συνολικού αριθμού των δηλητηριάσεων παρατηρούνται σε παιδιά κάτω των 5 ετών (Τσουμάκας, 2006).

Παρακάτω αναφέρονται εκτενέστερα για κάθε ηλικιακή ομάδα χωριστά τα είδη των ατυχημάτων, τα αίτια και η πρόληψή τους.

2.1.1 Βρεφική ηλικία (0-12 μηνών)

Κατά την ηλικία αυτή το βρέφος διατρέχει πολλούς κινδύνους διότι αφενός μεν δεν διαθέτει ανάλογη κρίση, αφετέρου οι σωματικές του δυνάμεις είναι μικρές για να το υπερασπίσουν. Επειδή στην ηλικία αυτή τα ατυχήματα συμβαίνουν συνήθως σε περιβάλλον που ελέγχεται από γονείς η συχνότητα τους μπορεί να μειωθεί τόσο με τη δημιουργία ασφαλέστερων προϊόντων κ συνθηκών περιβάλλοντος όσο κ με ειδική εκπαίδευση των γονιών για αποτελεσματική εποπτεία.



2.1.1.α Είδη ατυχημάτων

Τα είδη των ατυχημάτων που μπορεί να συμβούν σε αυτή την ηλικία είναι κατά κύριο λόγο ο πνιγμός και η πνιγμονή καθώς επίσης η ασφυξία και η απόφραξη των αεροφόρων οδών από ξένα σώματα. Ένα άλλο και ίσως το πιο συνηθισμένο ατύχημα στη βρεφική ηλικία είναι η πτώση κ τραυματισμός. Ακολουθούν η δηλητηρίαση το έγκαυμα και η θερμοπληξία (Τσουμάκας, 2006).

2.1.1.β Αίτια κ παράγοντες κινδύνου

Πολλά είναι τα αίτια των ατυχημάτων στη βρεφική ηλικία. Πνιγμός μπορεί να συμβεί με τα κλινოსκεπάσματα, με το σώμα της μητέρα αν κοιμάται μαζί με το μωρό, ή με το μαστό σε

αδέξιο θηλασμό. Πτώση μπορεί να συμβεί όταν αφήνουμε το μωρό σε υψηλές επιφάνειες ή ανασφάλιστο κρεβάτι, από έλλειψη πόρτας ασφαλείας σε εσωτερική σκάλα ή ειδικών κάγκελων στα μπαλκόνια ή από μη απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων κ παιχνιδιών από το πάτωμα. Δηλητηρίαση μπορεί να πάθει ένα βρέφος α) από φάρμακα που παίρνει η μητέρα κατά τη διάρκεια του θηλασμού, β) από χορήγηση ελαιωδών, καθαρτικών, ή σταγόνων από τη μύτη. Έγκαυμα συμβαίνει από βραστό νερό, φαγητό, γάλα κ από το ζεστό νερό κατά τη διάρκεια του μπάνιου του μωρού. Τέλος εισρόφηση μπορεί να συμβεί από αναγωγή φαγητού ή από ξένα σώματα που το βρέφος έχει ενστικτωδώς την τάση να βάζει στο στόμα του (ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ(ΙΚΠΙ), 2002, Ήλια, αχρονολόγητο).

2.1.1.γ Πρόληψη

Η πρόληψη στην βρεφική ηλικία ουσιαστικά χωρίζεται σε τέσσερα στάδια καθώς αφορά πρόληψη για τους τρεις πρώτους μήνες, από την ηλικία των 5 μηνών και μετά, από την ηλικία των 9 μηνών και μετά καθώς και τι πρέπει να προσέχουμε στα πρώτα του γενέθλια. Επειδή σε αυτή την ηλικία το βρέφος αυξάνεται γρήγορα και κάθε μήνας είναι σημαντικός για την ανάπτυξη του μωρού για αυτό πρέπει να μεριμνούμε για κάθε περίοδο χωριστά.(ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ(ΙΚΠΙ), 2002, Φυτά, 2007). Η πρόληψη των ατυχημάτων στη βρεφική ηλικία φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 2.1.1)

Πίνακας 2.1.1. Πρόληψη ατυχημάτων στην βρεφική ηλικία.

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 δοκιμάζεται το γάλα ή το φαγητό πριν δοθεί στο μωρό για την αποφυγή του εγκαύματος
✓ να τοποθετείται πλάγια στο κρεβάτι και όχι σε ύπτια θέση για αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων
Από την ηλικία των πέντε μηνών 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.

✓ να μεταφέρουμε όλα τα αιχμηρά αντικείμενα (μαχαίρια, ψαλίδια, βελόνες και εργαλεία) σε μέρος που δεν μπορεί να το φτάσει ένα παιδί (ένα ψηλό ντουλάπι).
✓ Οι μπαλκονόπορτες πρέπει να είναι ορατές από το μωρό βάζοντας αυτοκόλλητα στο σωστό ύψος. Το μωρό έτσι θα καταλαβαίνει ότι υπάρχει κάτι εκεί που το εμποδίζει να περάσει προς τα έξω.
✓ Να αποφεύγετε η λήψη ουσιών από τη μητέρα κατά την διάρκεια του θηλασμού
Από την ηλικία των εννέα μηνών 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
✓ Οι πλαστικές σακούλες να είναι σε μέρος που δεν μπορούν να το φτάσουν τα παιδιά προς αποφυγή πνιγμού.
Στα πρώτα του γενέθλια 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
✓ να ενισχύσουμε τα κάγκελα της βεράντας με ειδικό προστατευτικό δίχτυ που φτάνει σε ύψος τα 1.80 μέτρα.

2.1.2 Νηπιακή ηλικία (13 μηνών - 4 ετών)

Η συγκεκριμένη περίοδος της ζωής του παιδιού επισημαίνεται από όλους ως η πιο κρίσιμη περίοδος, όσον αφορά τα ατυχήματα. Αυτό είναι απόλυτα λογικό αν αναλογιστούμε ότι η ηλικία αυτή του παιδιού χαρακτηρίζεται από περιέργεια και ανωριμότητα κρίσεως επομένως άγνοια κινδύνου που συνεπάγεται αιτία ατυχήματος. Επιπλέον χαρακτηρίζεται από ζωηρότητα κυρίως όταν αρχίζει να βαδίζει, επίσης από την τάση να δοκιμάζει κάθε ουσία που του κινεί το ενδιαφέρον και τέλος από τάση προς επίδειξη σε αναζήτηση θαυμασμού και επιδοκιμασίας.

2.1.2.α Είδη ατυχημάτων

Τα είδη των ατυχημάτων που μπορεί να συμβούν στα παιδιά νηπιακής ηλικίας δεν διαφέρουν και πολύ από αυτά της βρεφικής. Αυτά είναι ο πνιγμός και η ασφυξία, η πτώση και ο τραυματισμός, το έγκαυμα, η δηλητηρίαση, η ηλεκτροπληξία και τα δήγματα ζώων, εντόμων και ερπετών. Επιπλέον υπάρχει η πιθανότητα να παίξουν με αιχμηρά αντικείμενα και να κοπούν και να ανάψουν σπίρτα καθώς είναι σε μία ηλικία που η περιέργεια και η ανησυχία έχουν τον κύριο λόγο (Τσουμάκας, 2006).

2.1.2.β Αίτια και παράγοντες κινδύνου

Πτώση ενός νήπιου μπορεί να γίνει από την σκάλα, το μπαλκόνι και το παράθυρο, επιπλέον μπορεί να τραυματιστεί με ψαλίδι, μαχαίρι και άλλα αιχμηρά αντικείμενα. Το έγκαυμα μπορεί να συμβεί από καυτό υγρό που μπορεί να παρασύρει το νήπιο στο πέρασμά του ή να πέσει μέσα σε αυτό, μπορεί να πιάσει την εστία θερμάνσεως ή να καεί με τα σπίρτα. Δηλητηρίαση σε αυτήν την ηλικία μπορεί να συμβεί από κατάποση φαρμάκων ή ειδών οικιακής χρήσεως αφού έχει περιέργεια και θέλει να τα μαθαίνει και να τα δοκιμάζει όλα. Επιπλέον η ηλεκτροπληξία μπορεί να συμβεί εάν το παιδί βάλει σε λειτουργία μια ηλεκτρική συσκευή ή να βάλει μεταλλικά αντικείμενα στις πρίζες. Τέλος τα δήγματα από ζώα (σκύλοι, γάτες) ταλαιπωρούν το παιδί της νηπιακής ηλικίας της υπαίθρου και πολλές φορές μπορεί να του στοιχίσουν την ζωή (Ηλια, αχρονολόγητο),

2.1.2.γ Πρόληψη

Σε αυτήν την ηλικία τα παιδιά είναι πολύ περίεργα, θέλουν να μαθαίνουν και να εξερευνούν τα πάντα, βάζουν στο στόμα τους ότι βρουν, παραπατούν και σκοντάφτουν συνεχώς, χτυπάνε στα έπιπλα, βγαίνουν στα μπαλκόνια, κατεβαίνουν σκάλες και άλλα πολλά. Έτσι λοιπόν οι γονείς πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί και να φροντίζουν συνεχώς για την ασφάλεια και την προστασία των παιδιών από πιθανό ατύχημα (ΙΚΠΠ, 2002, Μοσχόβου, αχρονολόγητο). Η πρόληψη των ατυχημάτων της νηπιακής ηλικίας φαίνεται στον πίνακα 2.1.2.

2.1.3 Πρώτη σχολική ηλικία (5ετών – 9ετών)

Στην ηλικία αυτή τα παιδιά είναι σε θέση να αντιληφθούν την επικινδυνότητα ορισμένων καταστάσεων. Ωστόσο όμως χρειάζονται την καθοδήγηση – επίβλεψη των ενηλίκων έως ότου η ασφαλής συμπεριφορά γίνει βίωμα τους.



2.1.3.α Είδη ατυχημάτων

Τα είδη των ατυχημάτων σε αυτή την ηλικία είναι κατά κύριο λόγο τα τροχαία αφού τα παιδιά ξεφεύγουν πλέον από τα όρια ζωής μόνο μέσα στο σπίτι. Συχνά είναι και τα ατυχήματα από πτώσεις καθώς επίσης οι πνιγμοί και τα εγκαύματα (Τσουμάκας, 2006).

Πίνακας 2.1.2. Πρόληψη ατυχημάτων στην νηπιακή ηλικία.

✓ 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.
✓ τα μικροαντικείμενα (κουμπιά, νομίσματα, ξηροί καρποί, βελόνες, πινέζες κ.λπ.) πρέπει να μαζεύονται αμέσως για να μην τα βάλουν στο στόμα και πνιγούν.
✓ ποτέ δεν τα αφήνουμε να πλησιάζουν σόμπες, αναμμένο τζάκι, την ηλεκτρική κουζίνα (καλό θα είναι να τοποθετηθούν ειδικά πλέγματα στην κουζίνα για να μην μπορεί το παιδί να τραβήξει κάποια κατσαρόλα και ζεματιστεί)
✓ η ηλεκτροπληξία είναι πάντα μία σοβαρή και επικίνδυνη κατάσταση γι' αυτό πρέπει να ασφαλίσουμε με καλύμματα τις πρίζες και να χρησιμοποιούμε πρίζες ασφαλείας.
✓ Μία καλή κίνηση είναι και η τοποθέτηση ειδικού αυτοκόλλητου για την επικάλυψη όλου του τζαμιού (όχι μόνο στις μπαλκονόπορτες, αλλά και σε οποιαδήποτε γυάλινη επιφάνεια μέσα στο σπίτι), το οποίο συκρατεί τα κομμάτια του γυαλιού (εάν σπάσει) και δεν κινδυνεύει το παιδί να τραυματιστεί.
✓ Τα μικροαντικείμενα (κουμπιά, νομίσματα, ξηροί καρποί, βελόνες, πινέζες κ.λπ.) πρέπει να μαζεύονται αμέσως για να μην τα βάλουν στο στόμα και πνιγούν.
✓ Να μην αφήνουμε στη μέση έπιπλα γιατί τα παιδιά τρέχουν αστόχαστα και χτυπούν ή σκοντάφτουν.
✓ να ρυθμίζουμε έτσι το καλώδιο του σίδηρου ή άλλα καλώδια ώστε να μην αιωρούνται στη μέση του δωματίου και σκοντάφτουν τα παιδιά.
✓ Οι φιλόζωοι πρέπει να συνοδεύουν τα σκυλιά τους στο δρόμο και τα αδέσποτα πρέπει να συγκεντρώνονται.

2.1.3.β Αίτια κ παράγοντες κινδύνου

Τροχαίο ατύχημα μπορεί να συμβεί λόγω της αυξημένης κινητικότητας κ της διάθεσης των παιδιών για ανεξαρτησία. Τροχαία ατυχήματα συμβαίνουν επίσης συχνά σε αυτή την ηλικία επειδή τα παιδιά τότε ξεφεύγουν από τα όρια ζωής μόνο μέσα στο σπίτι και έτσι διπλασιάζεται ο κίνδυνος του τροχαίου ατυχήματος. Πτώσεις είναι δυνατό να συμβούν με το ποδήλατο αφού είναι σε μια ηλικία που ξεκινούν και μαθαίνουν και επιπλέον μπορεί να συμβούν στα διάφορα όργανα της παιδικής χαράς. Τέλος πνιγμοί είναι δυνατό να συμβούν στη θάλασσα αφού μαθαίνουν κολύμπι κ θέλουν να κολυμπούν μόνο τους (ΙΚΠΙ, 2002).

2.1.3.γ Πρόληψη

Σε αυτή την ηλικία τα παιδιά απελευθερώνονται από τους γονείς, πάνε σχολείο, συναναστρέφονται με παιδιά της ηλικίας τους, μαθαίνουν ποδήλατο και κολύμπι, παίζουν, πέφτουν, είναι αυθόρμητα, παρορμητικά, εμφανίζουν αρνητισμό ή εχθρότητα στις συμβουλές των γονιών και συχνά κάνουν πράγματα για να τραβήξουν το ενδιαφέρον των συνομηλίκων τους. Οι γονείς και οι δάσκαλοι είναι οι αρμόδιοι για την ασφάλεια των παιδιών. Επιπλέον καθώς είναι πολλά τα ατυχήματα που αφορούν τον πνιγμό οι γονείς να μεριμνήσουν για την ασφάλεια των παιδιών και στη θάλασσα (Τσελίκας, 2005, ΙΚΠΙ,2002, Σπυριδόπουλος, 2003) . Συνεπώς η πρόληψη στην πρώτη σχολική ηλικία περιλαμβάνει τα παρακάτω (βλέπε πίνακα 2.1.3).

2.1.4 Προεφηβική ηλικία (10ετών - 15 ετών)

Στην ηλικία αυτή το παιδί αρχίζει και ωριμάζει κ διατρέχει μικρότερο κίνδυνο ατυχήματος. Δεν παύει όμως να υπάρχει ο φόβος αυτός γιατί το παιδί τώρα πια θέλει να έχει περισσότερη ανεξαρτησία, αισθάνεται ότι δεν καταπιέζεται από τη λογική προστασία των γονιών του, γι' αυτό ζητάει να ξεφεύγει από την προσοχή και να κάνει πράγματα που δεν του επιτρέπουν οι ικανότητές του.

2.1.4.α Είδη ατυχημάτων

Τα ατυχήματα που συμβαίνουν σε αυτή την ηλικία είναι οι πνιγμοί, οι πτώσεις που προκαλούνται κυρίως σε χώρους εκτός του σπιτιού όπως είναι το σχολείο και σε αθλητικές

δραστηριότητες. Τέλος είναι τα τροχαία ατυχήματα τα οποία είναι αυξημένα σε σχέση με τις ηλικίες 5 με 9 ετών (Τσουμάκας, 2006).

Πίνακας 2.1.3. Πρόληψη ατυχημάτων στην πρώτη σχολική ηλικία.

✓ να χρησιμοποιεί σωστά τα επικίνδυνα αντικείμενα
✓ μαζί με το πρώτο του ποδήλατο να αγοράσουν στο παιδί τους και το αντίστοιχο κράνος και
✓ να ελέγχουμε τα φρένα των ποδηλάτων των παιδιών
✓ να βεβαιωθούμε 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 προσέχουμε τα παιδιά να μην γλιστρήσουν στο σπίτι όταν το πάτωμα είναι γυαλισμένο ή όταν υπάρχουν μικρά χαλάκια ή όταν υπάρχει ένα σκαλοπάτι μεταξύ δύο δωματίων ή μεταξύ λουτρού και διαδρόμου.
✓ χρήσιμες είναι κάποιες λαστιχένιες προσθήκες για τη μπανιέρα (χαπαόδια) όταν γλιστράει ο πυθμένας
✓ Τα παιδιά συνηθίζουν να βάζουν τα δάχτυλά τους στις πόρτες των σπιτιών και των αυτοκινήτων. Έτσι μαγκώνουν τα δάχτυλά τους ή τους τα μαγκώνουμε εμείς οι μεγάλοι όταν δεν έχουμε το νου μας σ' αυτόν τον κίνδυνο.
Όσον αφορά στη θάλασσα πρέπει:
✓ Να μαθαίνουμε κολύμπι κι εμείς κι εκείνα
✓ να κάνουμε μπάνιο δύο ώρες μετά το κύριο γεύμα
✓ να μην απομακρύνονται πολύ τα παιδιά από την ακτή
✓ αν προειδοποιήσουμε τα παιδιά ότι το βάθος της θάλασσας στο σημείο της βουτιάς πρέπει να είναι γνωστό και να είναι ανάλογο με το ύψος από το οποίο πέφτουν.

2.1.4.β Αίτια και παράγοντες κινδύνου

Πνιγμοί συμβαίνουν και πάλι συχνά στο χώρο της θάλασσας ή σε κάποια πισίνα ενώ πτώσεις προκαλούνται τώρα πια σε χώρους εκτός σπιτιού όπως το σχολείο και οι αθλητικές δραστηριότητες. Τέλος τα τροχαία ατυχήματα τα οποία συμβαίνουν στα παιδιά είτε ως επιβάτες αυτοκινήτων και δίκυκλων είτε ως πεζοί (ΙΚΠΠ, 2002).

2.1.4.γ Πρόληψη

Στην διάρκεια την προεφηβικής ηλικία τα παιδιά είναι πιο ζωνρά, έχουν ξεφύγει πια από το σπίτι, έλκονται από την περιπέτεια, πιστεύουν ότι είναι πια ώριμα, δεν θέλουν έλεγχο από τους γονείς και είναι πολύ αντιδραστικά. Οι γονείς θα πρέπει να καταλαβαίνουν και να φροντίζουν για την ασφάλεια τους. Όσον αφορά τη θάλασσα ισχύουν οι ίδιες προφυλάξεις όπως και στις ηλικίες 5 με 9 ετών. Η πρόληψη των ατυχημάτων της προεφηβικής ηλικίας φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (βλέπε πίνακα 2.1.4)

Πίνακας 2.1.4. Πρόληψη ατυχημάτων στην προεφηβική ηλικία.

✓ να ελέγχουμε τα φρένα των ποδηλάτων των παιδιών
✓ μάθει την ασφαλή συμπεριφορά και μπορεί να διασχίζει μόνο του σχετικά ήσυχους δρόμους.
✓ να επιμένετε στη λήψη μέτρων ασφάλειας
✓ μεγάλη προσοχή χρειάζεται όταν στο σπίτι υπάρχει κάποιο όπλο. Πρέπει να είναι άδειο, σε σημείο που το παιδί δεν έχει πρόσβαση ενώ οι σφαίρες πρέπει να είναι φυλαγμένες σε ξεχωριστό ντουλάπι.

2.2 ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ

Σε αυτήν την κατηγορία θα μιλήσουμε για τα παιδικά τροχαία ατυχήματα, για τα ατυχήματα στο σχολείο και για τα ατυχήματα αναψυχής και αθλητικά. Επίσης στα ατυχήματα έξω από το σπίτι ανήκουν και τα επαγγελματικά ατυχήματα που αφορούν παιδιά καθώς, ολοένα και αυξάνονται αφού η εργασία για πολλά παιδιά είναι το μοναδικό μέσο επιβίωσής τους. Δεν θα αναφερθούμε όμως περεταίρω σε αυτήν την κατηγορία ατυχημάτων.

2.2.1 ΠΑΙΔΙΚΑ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν σοβαρότατο πρόβλημα δημόσιας υγείας καθώς προκαλούν σοβαρά τραύματα κ θανάτους. Διεθνώς τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική μείωση τόσο στον αριθμό όσο και στη σοβαρότητα των τραυματικών κακώσεων από τροχαία ατυχήματα κ αυτό οφείλεται στη λήψη προληπτικών μέτρων που εξασφαλίζουν ασφαλείς συνθήκες οδήγησης. Κάτι τέτοιο δυστυχώς δεν φαίνεται να ισχύει για την Ελλάδα, όπου ο αριθμός των τροχαίων παρουσιάζει μία σημαντική στασιμότητα σε υψηλά επίπεδα ή και η αύξηση σε ορισμένα διαμερίσματα της χώρας. Είναι βέβαια ακόμα πιο λυπηρό το γεγονός ότι στα τροχαία ατυχήματα εμπλέκονται όλο κ πιο συχνά και παιδιά. Κατά μέσο όρο

κάθε χρόνο παρατηρούνται 2000 θάνατοι, 4000-5000 αναπηρίες και 30.000 τραυματίες. Από αυτούς το 1/3 είναι παιδιά (2 θάνατοι παιδιών κάθε μέρα) (βλέπε εικόνα 2.2.1) (Τσουμάκας, 2006). Παρακάτω αναφέρονται τα αίτια και η πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων για κάθε ηλικιακή ομάδα χωριστά.

Εικόνα 2.2.1 Παιδικά τροχαία ατυχήματα



2.2.1.1 Βρεφική ηλικία (0 - 12 μηνών)

Λέγεται ότι η πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων στα παιδιά ξεκινάει από το μαιευτήριο. Πολλά είναι τα ατυχήματα που έχουν συμβεί λόγω της μη ασφαλούς μεταφοράς με το αυτοκίνητο σε βρέφη κάτω των 8 μηνών.

2.2.1.1.α Αίτια και παράγοντες κινδύνου

Ως αίτια τροχαίων ατυχημάτων στη βρεφική ηλικία ενοχοποιούνται η απουσία κατάλληλης συσκευής ασφαλούς μεταφοράς του μωρού από το αμάξι, η ανευθυνότητα των γονέων που επιτρέπουν στα μωρά να κάθονται στο πρώτο κάθισμα του συνοδηγού καθώς και η απουσία κατάλληλης πρόσδεσης

2.2.1.1.β Πρόληψη

Κύριος σκοπός των γονέων είναι να προμηθευτούν και να τοποθετήσουν σωστά στο αυτοκίνητο την ειδική συσκευή ασφαλούς μεταφοράς του μωρού, να ελέγξουν αν το κάθισμα μεταφοράς του παιδιού στο αυτοκίνητο είναι το κατάλληλο για την ηλικία και το βάρος του και να βεβαιωθούν για τη σωστή χρήση: του παιδικού καθίσματος αυτοκινήτου και της ζώνης ασφαλείας. Επιπλέον πρέπει να φροντίζουν ώστε να μην κρατιέται το βρέφος σε αγκαλιά

μέσα στο αμάξι γιατί υπάρχει κίνδυνος εκσφενδόνισής του μέσα ή έξω από το αυτοκίνητο (ΙΚΠΙ, 2002, Τσουμάκας, 2006). Τέλος είναι απαραίτητη η σωστή ενημέρωση των γονιών για τα είδη και τα μεγέθη των παιδικών καθισμάτων του αυτοκινήτου (βλέπε παράρτημα ΣΤ).

2.2.1.2 Νηπιακή ηλικία (13 μηνών - 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. Κατά την ηλικία αυτή το τροχαίο ατύχημα έχει σημαντική συμμετοχή επειδή όπως έχουμε αναφέρει υπάρχουν στοιχεία του χαρακτήρα του παιδιού που προδιαθέτουν σε οποιοδήποτε ατύχημα.

2.2.1.2.α Αίτια και παράγοντες κινδύνου

Ένα από τα αίτια που αυξάνουν τις πιθανότητες ενός τροχαίου ατυχήματος είναι η ανωριμότητα κρίσεως του παιδιού. Επίσης ενοχοποιούνται η άγνοια κινδύνου, η ορμητικότητα του παιδιού καθώς και η ελλιπής ενημέρωση των γονιών απέναντι στα παιδιά όσον αφορά θέματα ασφαλούς οδικής συμπεριφοράς (Ηλια, αχρονολόγητο).

2.2.1.2.β Πρόληψη

Για να πετύχουν οι γονείς μία σωστή και συστηματική πρόληψη πρέπει πρώτα από όλα να το διδάσκουν σιγά-σιγά και υπομονετικά για τα θέματα ασφαλούς οδικής συμπεριφοράς. Πρέπει να μάθουν τα παιδιά τους να μην ανοίγουν τα παράθυρα και να μη βγάζουν ποτέ έξω από το παράθυρο τα χέρια τους ή το κεφάλι τους, ακόμα και αν το αυτοκίνητο είναι σταματημένο. Ποτέ δεν πρέπει να βάζουν δύο παιδιά σε μία ζώνη ασφαλείας και πάντα πρέπει να σφαιλίζουν τις πόρτες του αυτοκινήτου από έξω. Πολλά παιδιά τραυματίζονται ή σκοτώνονται πέφτοντας έξω από την πόρτα του αυτοκινήτου που ανοίγει απότομα σε στροφή ή όταν παίζουν με την πόρτα χωρίς να φορούν ζώνη. Η θερμοκρασία μέσα σε σταματημένο στον ήλιο αυτοκίνητο το καλοκαίρι μπορεί να φτάσει ή και να υπερβεί τους 60 0 C μέσα σε λίγα λεπτά γι' αυτό είναι απαραίτητα αναγκαίο να μην μένουν τα παιδιά στο αυτοκίνητο. Ακόμα πρέπει να έχουν υπ' όψιν τους να μην κρατούν τα μεγάλα και ασυγκράτητα αντικείμενα στο χώρο των επιβατών γιατί αυτά μπορούν να πέσουν και να τραυματίσουν τα

παιδιά κατά τη διάρκεια μιας ξαφνικής στάσης. Τέλος απαραίτητο και αναγκαίο είναι να μην κρατιέται το βρέφος σε αγκαλιά μέσα στο αμάξι γιατί υπάρχει κίνδυνος εκσφενδόνισής του μέσα ή έξω από το αυτοκίνητο (ΙΚΠΠ, 2002, Αντωνιάδου, Παναγιωτόπουλος, 2005).

2.2.1.3 Πρώτη σχολική ηλικία (5ετών – 9 ετών)

Το μεγαλύτερο αριθμό θανατηφόρων ατυχημάτων στα παιδιά 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.

2.2.1.3.α Αίτια κ παράγοντες κινδύνου

Τα κύρια αίτια τροχαίων ατυχημάτων στην πρώτη σχολική ηλικία είναι η απουσία κράνους σε δίκυκλα και ζώνης στο αμάξι. Ευθύνονται επίσης η συμπεριφορά των οδηγών, η κατάσταση του οδικού δικτύου και τέλος η έλλειψη εκπαίδευσης και ενημέρωσης των παιδιών για ασφαλή μετακίνηση.

2.2.1.3.β Πρόληψη

Η σωστή και αποτελεσματική πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων ξεκινάει αρχικά από τη χρήση του κράνους για τα δίκυκλα και της ζώνης στο αυτοκίνητο, εν συνεχεία είναι η συνεχής επιτήρηση και η σωστή εκπαίδευση στην κυκλοφοριακή αγωγή. Αναγκαίο είναι οι γονείς να αγοράσουν στο παιδί τους και το αντίστοιχο κράνος και να βεβαιωθούν ότι χρησιμοποιείται για τις μετακινήσεις του παιδιού στο αυτοκίνητο το σωστό για την ηλικία υποστηρικτικό κάθισμα. Πρέπει να μάθουν στα παιδιά τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ποδηλατών μέσω θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης έτσι ώστε να μάθουν να κυκλοφορούν με το ποδήλατό τους με ασφάλεια. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί στο έπακρον με πρακτική εκπαίδευση. Τα παιδιά πρέπει επίσης να μάθουν πώς να συντηρούν το ποδήλατό τους, πώς να στρίβουν, πώς να φρενάρουν κλπ. και, τέλος, πώς να αποκτήσουν ένα 'πιστοποιητικό ποδηλασίας'. Απαραίτητο είναι να υπάρχει ο απαραίτητος εξοπλισμός ασφαλείας για ποδήλατα, όπως προστατευτικά αγκώνων και επιγονατίδες, φώτα και φρένα.

Πρέπει να μάθουν τα παιδιά να μην ανοίγουν τα παράθυρα για να βγάζουν έξω από το παράθυρο τα χέρια τους ή το κεφάλι τους, ακόμα και αν το αυτοκίνητο είναι σταματημένο. Τέλος κάτι το οποίο θα έπρεπε να είναι δεδομένο αλλά από απροσεξία ή αφηρημάδα πολλές φορές δεν γίνεται είναι να μην μένουν μόνα ποτέ τα παιδιά μέσα στο αυτοκίνητο με τα κλειδιά στο διακόπτη (ΙΚΠΠ, 2002, Αντιμετώπιση Παιδικού Τραύματος, αχρονολόγητο).

2.2.1.4 Προεφηβική ηλικία (10 ετών - 15 ετών)

Με την είσοδο του παιδιού στην εφηβεία, τα τροχαία ατυχήματα στα οποία τα παιδιά συμμετέχουν είτε ως επιβάτες αυτοκινήτων και δίκυκλων είτε ως πεζοί αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου. Τα δεκάχρονα παιδιά έχουν μάθει την ασφαλή συμπεριφορά και μπορούν για παράδειγμα να διασχίσουν μόνα τους τους σχετικά ήσυχους δρόμους.

2.2.1.4.α Αίτια και παράγοντες κινδύνου

Από τα κυριότερα αίτια τροχαίων ατυχημάτων και για την προεφηβική ηλικία είναι η απουσία χρήσης κράνους για τα δίκυκλα και η απουσία χρήσης ζώνης στο αμάξι. Επιπλέον ευθύνονται η συμπεριφορά των οδηγών, η παράβλεψη ορισμένων κινδύνων από τα παιδιά και παρασυρμός αυτών από φίλους τους η παρότρυνσή τους να οδηγηθούν σε ακρότητες για να δοκιμάσουν τις δυνατότητές τους και για ακόμα μία φορά η ελλιπής ενημέρωση των παιδιών για ασφαλή μετακίνηση αυτών.

2.2.1.4.β Πρόληψη

Απαραίτητο και κύριο μέλημα των γονιών είναι η αγορά κ χρήση του από τα παιδιά κατάλληλου κράνους για τα δίκυκλα. Η χρήση της ζώνης στο αμάξι είναι εξίσου σημαντική. Επιπλέον αναγκαία είναι η ενημέρωση για ασφαλή οδήγηση και η αποφυγή της συνήθειας παρασυρμού των παιδιών προς επίδειξη ικανοτήτων στους συνομήλικους. Σημαντικό επίσης είναι περισσότεροι από δύο άνθρωποι να μην οδηγούν ένα δίτροχο όχημα καθώς σημαντικό είναι να υπάρχει ο απαραίτητος εξοπλισμός ασφαλείας για ποδήλατα, όπως προστατευτικά αγκώνων, επιγονατίδες, φώτα και φρένα (ΙΚΠΠ, 2002, Αντωνιάδου, Παναγιωτόπουλος, 2005).

2.2.2 ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

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 (Γεωργιακώδης, 2004). Τα στοιχεία του Κέντρου Ερευνάς και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων(ΚΕΠΠΑ) χαρτογραφούν το προαύλιο ως τον πιο επικίνδυνο χώρο, αφού επτά στους δέκα τραυματισμούς καταγράφονται σε αυτόν το χώρο, ενώ στην αίθουσα και τις σκάλες σημειώνεται το 17% των ατυχημάτων (βλέπε εικόνα 2.2.2)

Εικόνα 2.2.2 Παιδικά ατυχήματα στο σχολείο



2.2.2.α Είδη ατυχημάτων

Τα είδη των ατυχημάτων που μπορεί να συμβούν σε ένα σχολείο είναι πολλά. Μερικά από αυτά είναι οι πτώσεις, ο τραυματισμός, τα κατάγματα καθώς και τα στραμπουλίσματα. Συχνά είναι τα τροχαία ατυχήματα από και προς το σχολείο όπως επίσης και τα χτυπήματα στο πρόσωπο ή σε άλλο μέρος του σώματος από ρίχνεις αντικειμένων μεταξύ των παιδιών. Τέλος πιο σπάνια αλλά υπαρκτά είναι το έγκραμα, η πνιγμονή και η ηλεκτροπληξία.

2.2.2.β Τόπος που συμβαίνει το ατύχημα

Τα ατυχήματα στο σχολείο μπορεί να συμβούν σε διάφορα μέρη όπως στο προαύλιο την ώρα του διαλείμματος, στην αίθουσα διδασκαλίας, στους κοινόχρηστους χώρους του σχολείου, στις σκάλες και στους διαδρόμους, στη γυμναστική, την άθληση και το παιχνίδι και τέλος στην διαδρομή από και προς το σχολείο (βλέπε πίνακα 2.2.2) (Τζιούμα, Τζακώστα, αχρονολόγητο, Γεωργιακώδης, 2004).

Πίνακας 2.2.2 Τόπος που συμβαίνουν τα ατυχήματα στο σχολείο

Τόπος	Περιστατικά	Ποσοστό
Άλλος χώρος σχολείου	8	6,50%
Διάδρομος εξωτερικός	2	1,63%
Διάδρομος εσωτερικός	5	4,07%
Δρόμος γύρω από σχολείο	2	1,63%
Εκτός σχολείου και γύρω χώρου	8	6,50%
Πεζοδρόμιο-Πεζοδρόμος γύρω από σχολείο	1	0,81%
Περίβολος σχολείου	56	45,52%
Σκάλα εξωτερική	5	4,07%
Σκάλα εσωτερική	6	4,88%
Τάξη	30	24,39%
Σύνολο	123	100,00%

(Πηγή Γεωργιακώδης, 2004))

2.2.2.γ Αίτια και παράγοντες κινδύνου

Τα αίτια των ατυχημάτων στο σχολείο χωρίζονται σε ειδικά και γενικά αίτια.

Τα ειδικά αίτια είναι το τρέξιμο στο προαύλιο και στις σκάλες, το σπρώξιμο μεταξύ των παιδιών, το παιχνίδι με την μπάλα, γυμναστική και η επικινδυνότητα των αθλητικών εγκαταστάσεων του κάθε σχολείου.

Τα γενικά αίτια είναι η έλλειψη αισθήματος ευθύνης των παιδιών, η απουσία αισθήματος κινδύνου, η απουσία παρακολούθησης και προσοχής κατά την ώρα του διαλείμματος από κάποιο υπεύθυνο δάσκαλο ή καθηγητή, η έλλειψη σχολικής ασφάλειας, η παρακινδυνευμένη συμπεριφορά των αγοριών, η ανάγκη επίδειξης, η αντίδραση στους νόμους και στις συμβουλές των ενηλίκων και τέλος η γοητεία της περιπέτειας.

Παράλληλα για τα τροχαία ατυχήματα που συμβαίνουν στο δρόμο από και προς το σχολείο ευθύνονται η έλλειψη παρουσίας σχολικού τροχονόμου κατά τις ώρες έναρξης και λήξης των σχολικών ωρών, η απουσία ενημέρωσης και διαπαιδαγώγησης των παιδιών σε

θέματα ασφάλειας και αυτοπροστασίας και η ελλιπής ενημέρωση σε ασφαλή μετακίνηση των παιδιών.

2.2.2.δ Πρόληψη

Υπεύθυνοι για την πρόληψη των ατυχημάτων στα σχολεία είναι οι γονείς των παιδιών, οι δάσκαλοί τους καθώς και η πολιτεία. Όσο σημαντική είναι, 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.

Πίνακας 2.2.2. Πρόληψη ατυχημάτων στο σχολείο.

Στο σχολείο
✓ Στην αρχή κάθε σχολικού έτους πρέπει να γίνεται μια ανοικτή συζήτηση μεταξύ δασκάλων και μαθητών για θέματα πρόληψης παιδικών ατυχημάτων.
✓ Πρέπει τα παιδιά να προειδοποιούνται και να γίνεται σωστός έλεγχος, ώστε να μη φέρνουν στο σχολείο επικίνδυνα και αιχμηρά αντικείμενα.
✓ Νηπιαγωγοί, δάσκαλοι, καθηγητές και γυμναστές πρέπει να εκπαιδεύονται στις βασικές πρώτες βοήθειες. Στις μεγάλες τάξεις η ίδια εκπαίδευση μπορεί να γίνεται και στους μαθητές.
✓ Την ώρα του διαλείμματος πρέπει πάντα να παρακολουθεί και να προσέχει τα παιδιά κάποιος υπεύθυνος.
✓ Στην έξοδο όλων των σχολείων πρέπει να υπάρχει προστατευτικό κιγκλίδωμα, ώστε τα παιδιά να μην μπορούν να βγουν απευθείας στο δρόμο.
✓ Εάν το σχολείο διαθέτει παιδική χαρά ή γυμναστήριο, πρέπει να γίνεται συνεχής έλεγχος, ώστε η υποδομή (κούιντες, τσουλήθρες, μονόζυγα, μασκέτες) και ο γύρω χώρος να πληρούν τους κανόνες ασφαλείας και τα παιδιά να ενημερώνονται για το σωστό τρόπο χρήσης του εξοπλισμού.
✓ Πρέπει να γίνονται διαρκείς έλεγχοι στις εγκαταστάσεις των σχολείων
✓ Εφόσον το σχολείο διαθέτει χημείο, θα πρέπει αυτό να παραμένει πάντοτε κλειδωμένο, εκτός από τις ώρες του μαθήματος κατά τις οποίες υπάρχει υπεύθυνος εκπαιδευτικός.
✓ Όλα τα σχολεία πρέπει να διαθέτουν πλήρως εξοπλισμένο φαρμακείο για την παροχή πρώτων βοηθειών, με υπεύθυνο ένα νοσηλεύτη ή μία νοσηλεύτρια.
✓ Πρέπει επίσης να υπάρχουν εμφανώς αναρτημένα τα τηλέφωνα του πλησιέστερου Κέντρου Υγείας ή νοσοκομείου.
✓ Ο σχολικός τροχονόμος την ώρα της έναρξης και της λήξης της σχολικής ημέρας μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο για την ασφαλή διέλευση των παιδιών από και προς το σχολείο.
Από και προς το σχολείο
✓ Απ' το χέρι: Κρατάμε τα μικρά παιδιά από το χέρι και τα έχουμε από τη μέσα πλευρά του πεζοδρομίου.
✓ Με το αυτοκίνητο: Εφόσον πηγαίνουμε τα παιδιά στο σχολείο με το αυτοκίνητο, πρέπει να κάθονται πάντα στο πίσω κάθισμα σωστά δεμένα. Πρέπει επίσης να μάθουμε στα παιδιά να μπαίνουν και να βγαίνουν από το αυτοκίνητο από την πλευρά του πεζοδρομίου.
✓ Με το σχολικό λεωφορείο: Στην περίπτωση που πηγαίνουν με σχολικό λεωφορείο, πρέπει να τους

εξηγήσουμε γιατί πρέπει και εκεί να φοράνε τη ζώνη ασφαλείας και να προσέχουν την ώρα που μπαίνουν και βγαίνουν από το λεωφορείο.
✓ Με τα πόδια: Τα παιδιά που πηγαίνουν με τα πόδια στο σχολείο πρέπει να φορούν ανοιχτόχρωμα ρούχα για να διακρίνονται από τους διερχόμενους οδηγούς, ειδικά το βράδυ.
✓ Με ποδήλατο: Αν πηγαίνουν στο σχολείο με ποδήλατο πρέπει να φορούν πάντα κατάλληλο κράνος, σωστά δεμένο και να ακολουθούν τους κανόνες οδικής κυκλοφορίας. Να είναι σε καλή κατάσταση και σωστά εξοπλισμένα με καθρέφτες και φώτα, ώστε να φαίνονται τις βραδινές ώρες.

(Αντιμετώπιση Παιδικού Τραύματος, αχρονολόγητο)

Η εκπαίδευση, τονίζουν οι ειδικοί, πρέπει να ξεκινά από την προσχολική ηλικία, ενώ τα παιδιά κάτω των οκτώ ετών δεν έχουν πάντοτε την απαιτούμενη ωριμότητα για να αξιοποιήσουν τα όσα έχουν μάθει. Εξίσου σημαντική είναι και η πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων από και προς το σχολείο.(βλέπε πίνακα 2.2.2).

2.2.3 ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΑΝΑΨΥΧΗΣ - ΑΘΛΗΤΙΚΑ

Τα ατυχήματα αυτά αφορούν μεμονωμένα άτομα και ομάδες και συχνότερα παρατηρούνται κατά την διάρκεια των διακοπών. Το καλοκαιράκι που τα σχολεία κλείνουν, ο καιρός ζεσταίνει και οι ημέρες μεγαλώνουν, υπάρχει απεριόριστος χρόνος για διακοπές, παιχνίδια στη θάλασσα, αθλοπαιδιές και γενικά για δραστηριότητες έξω από το σπίτι. Έτσι, τα ατυχήματα γίνονται συχνότερα. Πολλά όμως είναι και τα ατυχήματα τα οποία συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού και επιπλέον κατά τη διάρκεια της άθλησης οργανωμένης ή μη.



2.2.3.1 Πνιγμός

Ο πνιγμός αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από ατύχημα στην εφηβική ηλικία. Κάθε χρόνο στην Ελλάδα συμβαίνουν περίπου 300 θάνατοι από πνιγμούς στη θάλασσα και στις πισίνες από τους οποίους 20 σε παιδιά και 15 σε εφήβους. Σε κάθε θάνατο από πνιγμό αντιστοιχούν 6-10 παιδιά που κινδύνευαν να πνιγούν, από τα οποία στη συνέχεια πολλά παρουσιάζουν μόνιμες νευρολογικές βλάβες (Τσουμάκας, 2006).

Χρειάζονται μόνο 3 λεπτά και βάθος μικρότερο από 30 εκατοστά για να πνιγεί ένα παιδί. Παρόλο που η Ελλάδα έχει πολλά νησιά και στο μεγαλύτερο μέρος βρέχεται από θάλασσα αρκετοί είναι αυτοί που δεν ξέρουν κολύμπι και οι θάνατοι από πνιγμούς είναι μία πραγματική απειλή το καλοκαίρι. Οι κανόνες για την πρόληψη του πνιγμού είναι απλοί αρκεί να τηρούνται πιστά.

Βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση ενός επεισοδίου πνιγμού σε ένα παιδί είναι η διάρκεια της υποξίας (ο χρόνος που το παιδί βρισκόταν μέσα στο νερό), ο όγκος, η σύσταση και η θερμοκρασία του νερού (Τσουμάκας, 2006).

Οι πνιγμοί στην πλειονότητά τους σημειώνονται στη θάλασσα, ενώ λιγότερα είναι τα περιστατικά που καταγράφονται σε πισίνες ή ακόμα και στο μπάνιο του σπιτιού.

2.2.3.1.α Πρόληψη

Δεν πρέπει ποτέ να μένει ένα παιδί μόνο του όταν κοντά υπάρχει νερό είτε αυτό είναι στη θάλασσα, είτε στην πισίνα. Οι γονείς πρέπει να φροντίζουν να μαθαίνουν τα παιδιά όσο γίνεται πιο νωρίς κολύμπι και πάντα από έμπειρους κολυμβητές. Πάντα πρέπει να περνούν τρεις με τέσσερις ώρες μετά το φαγητό για να μπουν τα παιδιά να κολυμπήσουν. Αναγκαίο είναι να φορούν πάντα το κατάλληλο για την ηλικία και το βάρος του παιδιού σωσίβιο. Χρήσιμο είναι να προτιμούν οι γονείς παραλίες και πισίνες οργανωμένες όπου επιτηρούν συνεχώς ναυαγосώστες. Τέλος καμία συμβουλή δεν υποκαθιστά την συνεχή επίβλεψη από τους γονείς (Σπυριδόπουλος, 2003, Τσουμάκας, 2006, Σεληνίδου, 2006).

2.2.3.2 Πτώσεις και τραυματισμοί

Πτώσεις συμβαίνουν εκτός των άλλων από συγκρούσεις, σκληρά παιχνίδια και γενικά όταν δεν υπάρχει επαρκής επίβλεψη και μπορεί να προκληθούν από ασήμαντες κακώσεις μέχρι σοβαρές, ακόμα και θανατηφόρες (θλάσεις, μώλωπες, εκδορές, κατάγματα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις). Τραυματισμοί στα παιδιά συμβαίνουν καθημερινά στα αθλήματα, στα παιχνίδια από κτυπήματα άλλων παιδιών, εκσφενδονισμούς αντικειμένων (πέτρες, μπάλα), κτυπήματα από κλωτσιές κ.α.

Οι περισσότερες αθλοπαιδιές στην Ελλάδα αποτελούν μέρος μη οργανωμένων δραστηριοτήτων. Η ενασχόληση σε οργανωμένα αθλήματα με την εποπτεία έμπειρου

προπονητή θα μπορούσε να μειώσει σημαντικά τους κινδύνους των ατυχημάτων αυτών. Τα αθλήματα στα οποία συμβαίνουν πιο συχνά ατυχήματα είναι το ποδόσφαιρο, το μπάσκετ, το βόλεϊ καθώς και η ποδηλασία. Με τις απαραίτητες γνώσεις χειρισμού, τις γνώσεις των κινδύνων και της αντιμετώπισής τους και με την εφαρμογή όλων των κανόνων πρόληψης είναι δυνατή η ασφαλής συμμετοχή σε όλα τα αθλήματα και είναι δυνατό να μειωθούν σημαντικά τα αθλητικά ατυχήματα. (Τσουμάκας, 2006).

2.2.3.2.α Πρόληψη

Απαραίτητες για την ασφαλή συμμετοχή των παιδιών στα αθλήματα είναι οι ακόλουθες οδηγίες: ιατρική εξέταση πριν την έναρξη συμμετοχής σε αθλήματα καθώς και πριν τη συμμετοχή σε ένα νέο άθλημα, προσοχή στον εξοπλισμό και τα όργανα που χρησιμοποιούνται και τακτικός έλεγχος αυτών, κατάλληλη διατροφή (τελευταίο γεύμα 3-4 ώρες πριν), χορήγηση υγρών πριν, κατά και μετά την άθληση (συνήθως νερό), αποχή σε περιπτώσεις εμπύρετων νοσημάτων, γαστρεντερίτιδας, μεταδοτικών νοσημάτων, προσοχή στις ακραίες συνθήκες τόσο στις υψηλές όσο και στις χαμηλές, προτίμηση στα οργανωμένα αθλήματα, είναι πιο ασφαλή (Τσουμάκας, 2006).

2.2.3.3 Τσιμπήματα από έντομα

Είναι απίστευτο το πόσο εύκολα μπορούν να χαλάσουν οι καλοκαιρινές διακοπές μας από απρόσμενους και απρόσκλητους επισκέπτες οι οποίοι το μόνο που κάνουν είναι να αφήνουν τα σημάδια τους και να φεύγουν.

Μιλάμε βέβαια για τα τσιμπήματα από τσούχτρες, σφήκες, μέλισσες, σκορπιούς και φίδια. Τα τσιμπήματα από τα κουνούπια και τις σκνίπες θεωρούνται πιο αθώα και σπανιότερα δημιουργούν προβλήματα (Σπαντίδης, 2005).

Πίνακας 2.2.3.3.α. Αντιμετώπιση τσιμπήματος από τσούχτρα.

✓ Απομακρύνεται τα τυχόν κολλημένα στο σώμα σας πλοκάμια της τσούχτρας, όχι με γυμνά χέρια διότι αυτό θα οδηγήσει σε κόλλημα των πλοκαμιών στα χέρια σας και κατά συνέπεια μεταφορά του ερεθισμού και στα χέρια σας.
✓ Αν δεν υπάρχει καλύτερος και προσφορότερος τρόπος γεμίστε την χούφτα σας με άμμο και τρίψτε το σημείο του σώματος που είναι κολλημένα τα πλοκάμια της τσούχτρας.

✓ Τοποθετείστε στο σημείο του τσιμπήματος πάγο ή κρύες κομπρέσες. Αυτό περιορίζει τα τοπικά φαινόμενα από το δέρμα
✓ Αλείψτε την πάσχουσα περιοχή με κορτιζονούχο κρέμα. Η κρέμα αυτή περιορίζει την τοπική φλεγμονώδη αντίδραση και ανακουφίζει γρήγορα από το τσούξιμο και την φαγούρα.
✓ Αν δεν υπάρχει τέτοια κρέμα χρησιμοποιείτε κομπρέσες με ξυδόνερο (1 μέρος ξύδι και 3 νερό). Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζεται η φαγούρα και το τσούξιμο.
✓ Πάρτε κάποιο χάπι αντιισταμινικό. Με το χάπι αντιμετωπίζονται συστηματικότερα τα συμπτώματα. Η ανάγκη για χάπια τέτοιου είδους είναι μεγαλύτερη όσο μεγαλύτερη είναι η έκταση του προσβληθέντος δέρματος.
✓ Τέλος αν τα συμπτώματα είναι έντονα και ιδιαίτερα αν δεν υποχωρούν μετά την εφαρμογή των τοπικών μέτρων ίσως απαιτηθεί η διενέργεια κάποιας ενέσεως κορτιζόνης.

(Σπαντιδέας, 2005)

2.2.3.3.α Τσούχτρες

Οι τσούχτρες αποτελούν ενδεχόμενο πρόβλημα. Κατά καιρούς επισκέπτονται τις ελληνικές ακτές δημιουργώντας πανικό στους λουόμενους. Η επαφή με τις τσούχτρες σπάνια οδηγεί σε σοβαρά προβλήματα και μόνο σε ορισμένα ευαίσθητα και αλλεργικά άτομα.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η περιοχή του σώματος που ήλθε σε επαφή με την τσούχτρα παρουσιάζει μία έντονη κοκκινίλα, με ή χωρίς φούσκωμα, που συνοδεύεται από έντονο τσούξιμο, πόνο ή φαγούρα. Τα ενοχλήματα αυτά προκαλούνται από μία τοξική ουσία που απελευθερώνεται από τα πλοκάμια της τσούχτρας.

Αν συμβεί λοιπόν να τσιμπήσει τσούχτρα το παιδί οι γονείς πρέπει να ακολουθήσουν τις ενέργειες που φαίνονται στον πίνακα 2.2.3.3.α.

2.2.3.3.β Μέλισσες-Σφήκες

Τα τσιμπήματα από έντομα μέλισσας ή σφήκας προκαλούν μία τοπική φλεγμονώδη αντίδραση του δέρματος που είναι, αποτέλεσμα του δηλητηρίου που εισχωρεί στον οργανισμό μας με το κεντρί του εντόμου.

Τοπική κοκκινίλα, πρήξιμο πόνος ή φαγούρα είναι τα κύρια συμπτώματα στο σημείο του τσιμπήματος που μπορούν να διαρκέσουν από αρκετές ώρες μέχρι αρκετές ημέρες. Ευτυχώς στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα τσιμπήματα αυτού του είδους δεν είναι επικίνδυνα και οι περισσότεροι από τους ενήλικες χρειάζονται αρκετές εκατοντάδες τσιμπημάτων τον ίδιο

χρόνο για να κινδυνεύσουν. Τσιμπήματα όμως στο στόμα ή στο λαιμό προκαλούν πρήξιμο που δυσκολεύει την αναπνοή και γι' αυτό θεωρούνται πιο επικίνδυνα. Σπάνια, υπερευαίσθητα άτομα μπορούν να παρουσιάσουν αναφυλακτική αντίδραση στο τσίμπημα σφήκας ή μέλισσας που εκδηλώνεται με σοβαρή υπόταση, έντονο ιδρώτα, δύσπνοια και μελάνιασμα. Τα άτομα αυτά απαιτούν άμεση ιατρική βοήθεια και αν γνωρίζουν την υπερευαισθησία τους θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένα να κάνουν μόνα τους μία ένεση αδρεναλίνης την οποία θα πρέπει να φέρουν πάντοτε μαζί τους. Επίσης τα άτομα με γνωστή υπερευαισθησία θα πρέπει να φέρουν κάποια σήμανση (ταυτότητα στο χέρι ή στο λαιμό) που να αποκαλύπτει την ευαισθησία τους για την περίπτωση που χάσουν τις αισθήσεις τους και δεν μπορούν να πληροφορήσουν το περιβάλλον τους.

Οι πρώτες ενέργειες που μπορούν να γίνουν μετά από τσίμπημα μέλισσας ή σφήκας αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα (βλέπε πίνακα 2.2.3.3.β).

Πίνακας 2.2.3.3.β. Αντιμετώπιση τσιμπήματος μέλισσας και σφήκας.

✓ Η αφαίρεση του κεντριού είναι το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνει το άτομο που τσιμπήθηκε από σφήκα ή μέλισσα. Η αφαίρεση μπορεί να γίνει με τα νύχια ή με ένα τσιμπιδάκι.
✓ Προσοχή χρειάζεται να μην γίνει προσπάθεια αφαιρέσεως του κεντριού με πίεση (ζούληγμα) της περιοχής που είναι καρφωμένο με τα δάχτυλα ή με τα νύχια μας διότι μπορεί αντί να βγει το κεντρί προς τα έξω να σπρωχτεί ακόμα πιο βαθιά.
✓ Τοπική εναπόθεση πάγου ψυχρών επιθεμάτων, κορτιζονούχου αλοιφής ή και η λήψη κάποιου αντιισταμινικού χαπιού σίγουρα θα απαιτηθούν για την ανακούφιση από τα συμπτώματα.

(Σπαντιδέας, 2005)

2.2.3.3.γ Σκορπιοί-Φίδια

Τα τσιμπήματα από σκορπιούς και τα δαγκώματα από φίδια είναι πιο σπάνια και ευτυχώς για τα ελληνικά δεδομένα σπάνια και αυτά βάζουν σε κίνδυνο την ζωή του ατόμου που δέχθηκε το τσίμπημα ή το δάγκωμα.

Οι τοπικές δερματικές αντιδράσεις είναι οι ίδιες με τα τσιμπήματα από μέλισσες και σφήκες με μόνη διαφορά τον εντονότερο τοπικό πόνο που προκαλείται στο μέρος του τσιμπήματος ή του δαγκώματος.

Τα γενικά τοπικά μέτρα που πρέπει να εφαρμοστούν σε αυτή την περίπτωση ακολουθούν στον παρακάτω πίνακα (βλέπε πίνακα 2.2.3.3.γ).

Πίνακας 2.2.3.3.γ, Αντιμετώπιση τσιμπήματος από σκορπιό και φίδι.

✓ θα πρέπει να εφαρμόζονται (πάγος, παγωμένα επιθέματα, αλοιφή), ενώ
✓ η χορήγηση του αντιισταμινικού χαπιού θα πρέπει να συνοδεύεται και από την χορήγηση κάποιου παυσίπονου για την αντιμετώπιση του ισχυρού πόνου
✓ Η ανάγκη για ένεση κορτιζόνης στις περιπτώσεις αυτές είναι πιο συχνή
✓ για τα υπερευαίσθητα και αλλεργικά άτομα ισχύει ότι έχει λεχθεί και ανωτέρω για τσιμπήματα από σφήκες και μέλισσες (ένεση αδρεναλίνης, ταυτότητα κλπ).
✓ Η χάραξη με ξυραφάκι ή μαχαίρι του μέρους του δέρματος που έχει δαγκωθεί από φίδι με στόχο την αιμορραγία και την απομάκρυνση του δηλητηρίου δεν συνιστάται σήμερα διότι μπορεί να έχει το αντίθετο αποτέλεσμα δηλ. είσοδο μεγαλύτερης ποσότητας δηλητηρίου στην κυκλοφορία.
✓ Το ρούφηγμα, επίσης με το στόμα, του δηλητηρίου από κάποιο άλλο άτομο θα πρέπει να γίνεται με προσοχή και εφόσον δεν υπάρχουν πληγές στο στόμα του ατόμου που θα κάνει το ρούφηγμα.
✓ Τέλος, για τα φίδια και τους σκορπιούς καλό θα είναι το άτομο να προσφεύγει στο πλησιέστερα οργανωμένο ιατρείο γιατί ίσως απαιτηθεί η διενέργεια ειδικού αντιοφικού ορού

(Σπαντιδέας, 2005)

2.3 ΜΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΙΜΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Σε αυτήν την κατηγορία αναφέρονται ατυχήματα τα οποία δεν κατατάσσονται στις δύο προηγούμενες κατηγορίες όπως είναι η βία σε παιδιά, οι αυτοκτονίες και τα περιβαλλοντικά ατυχήματα. Παρακάτω αναλύεται κάθε μία κατηγορία ξεχωριστά.

2.3.1 Βία σε παιδιά

Η βία απέναντι στα παιδιά είναι ένα φαινόμενο που όλοι θα θέλαμε να εξαλειφθεί και να σταματήσει. Καθημερινά ακούμε γύρω μας όσο και αν δεν θέλουμε κρούσματα βιαιοπραγίας και βιαιότητας απέναντι σε παιδιά.

Πολλά είναι τα παιδιά αυτά που κακοποιούνται από τους γονείς τους, ενώ πολλά παιδιά μικρών ηλικιών κάθε χρόνο πεθαίνουν από το ξύλο και την κακή μεταχείριση των γονιών. Έτσι από τα παιδιά που γεννιούνται κάθε χρόνο στη χώρα μας, πολλά θα κακοποιηθούν βάνουσα από τους γονείς τους και αρκετά θα πεθάνουν από την κακοποίηση αυτή. Το 'ξύλο' είναι μία μέθοδος την οποία χρησιμοποιούν πολλοί γονείς για να λύνουν τα προβλήματα με τα παιδιά τους γρήγορα και εύκολα. Συχνά όμως δεν καταλαβαίνουν και δεν υπολογίζουν πόσες πληγές και πόσα τραύματα μπορεί αυτή η συμπεριφορά να αφήσει σε ένα μικρό παιδί. Η κατάληξη ενός μεγάλου ποσοστού αυτών των παιδιών είναι πιθανόν το περιθώριο.

Επιπλέον οι ψυχικές διαταραχές θα συμβάλλουν ώστε να γίνουν άτομα απομονωμένα, άβουλα και ανίκανα. Άξιες σημασίας είναι οι σωματικές βλάβες, η βαριά νοητική καθυστέρηση και η τύφλωση που πολλές φορές είναι αποτέλεσμα των πράξεων αυτών.

2.3.2 Αυτοκτονίες

Η συχνότητά τους είναι μικρή στις παιδικές ηλικίες, αυξάνει αρκετά όμως στις ηλικίες 18 με 19 χρόνων. Άξιο απορίας είναι πως και γιατί παρουσιάζονται τάσεις αυτοκτονίας στις ηλικίες 10 με 15 χρόνων. Η συχνότητα απόπειρας αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερη στα κορίτσια από τα αγόρια. Τα συνήθη αίτια αυτοχειρίας των παιδιών είναι δυσκολίες στο σχολείο, χρόνια προβλήματα υγείας ατομικά ή οικογενειακά, θάνατος στην οικογένεια και διαζύγιο στους γονείς.

Η πρόληψη κατά των αυτοκτονιών στα παιδιά συνιστά την έγκαιρη εντόπιση των καταστάσεων που οδηγούν σε απόπειρες αυτοκτονίας (π.χ. αλλαγή στον τρόπο ζωής και συμπεριφοράς, απομόνωση), παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και φαρμακευτικής αγωγής, προσπάθεια περιορισμού του περιβαλλοντικού παράγοντα για αυτόχειρα (εύκολη πρόσβαση σε μέσα με τα οποία μπορεί να διακοπεί η ζωή) και εισαγωγή στο νοσοκομείο για όσες περιπτώσεις θεωρηθεί αναγκαίο (Τσουμάκας, 2006).

2.3.3 Περιβαλλοντικά ατυχήματα

Στα περιβαλλοντικά ατυχήματα περιλαμβάνονται ατυχήματα όπως οι πυρκαγιές, οι σεισμοί, οι πλημμύρες και οι τυφώνες, ατυχήματα που είναι δυνατόν να επηρεάσουν μεγάλες ομάδες ατόμων και πληθυσμών στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και τα παιδιά.

Για την πρόληψη αυτών των ατυχημάτων θα πρέπει να ενδιαφερθεί η πολιτεία για οργανωμένους μεθόδους αντιμετώπισης των συνεπειών αυτών των ατυχημάτων καθώς θα πρέπει να προσφέρεται και πλήρης ενημέρωση και εκπαίδευση του γενικού συνόλου (συνεπώς και των παιδιών) για τον τρόπο αντιμετώπισης του κινδύνου. Στα σχολεία θα πρέπει να γίνεται σωστή και τακτική ενημέρωση πάνω στο θέμα του σεισμού κατά κύριο λόγο αφού η χώρα μας δέχεται πολλά πλήγματα του σεισμού κάθε χρόνο. Ακόμα η πληροφόρηση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που να συμβάλει ενεργά στην πρόληψη (Τσουμάκας, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Τα ατυχήματα στις μέρες μας είναι μία καθημερινή πραγματικότητα. Τα συναντάμε γύρω μας, τα βλέπουμε στις ειδήσεις, τα ακούμε στο ραδιόφωνο, τα διαβάζουμε στις εφημερίδες. Τα παιδικά ατυχήματα είναι σχεδόν πάντοτε αποτέλεσμα αμέλειας, επιπολαιότητας και μειωμένης προσοχής των γονέων. Επιπλέον είναι αποτέλεσμα αφέλειας και έλλειψη φαντασίας των γονέων για τα ατυχήματα και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί ένα παιδί να τραυματιστεί. Κάτι που στους γονείς μπορεί να φαντάζει μικρό και ακίνδυνο, για τα παιδιά μπορεί να είναι μεγάλο, σημαντικό και κυρίως επικίνδυνο για την υγεία τους. Είναι γνωστό πως τα παιδιά δεν διαθέτουν καμία αυτονομία προστασίας και μάλιστα τα παιδιά που είναι μικρά σε ηλικία. Επειδή ακριβώς τα περισσότερα παιδικά ατυχήματα έχουν ως κύρια αιτία τους την απροσεξία και την αφέλεια των μεγάλων και σε αυτό συμβάλει η ανωριμότητα και η απόλυτη εξάρτηση των παιδιών από τους μεγάλους σε αυτό το κεφάλαιο αναφέρεται αναλυτικότερα και εκτενέστερα η ασφάλεια των παιδιών και η εξασφάλιση αυτής.

3.1 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Μόλις το μωράκι αρχίσει να μπουσουλάει - με άλλα λόγια την έναρξη ανεξαρτητοποίησής του- οι γονείς του θα πρέπει να επαγρυπνούν συνεχώς. Το σπίτι είναι ο πρώτος χώρος που πρέπει από νωρίς να φροντίσουν να είναι ασφαλές για το μικρό τους, ώστε να αποφευχθούν τα ατυχήματα! Υπάρχουν λοιπόν απλοί τρόποι που εξασφαλίζουν ένα ιδανικό και ασφαλές περιβάλλον μέσα στο οποίο θα κινείται το παιδί, οι οποίοι κοστίζουν ελάχιστα σε σχέση με τα οφέλη που τους παρέχουν.

Παρακάτω λοιπόν θα δούμε ποιες θα πρέπει να είναι οι πρώτες κινήσεις των γονιών για την ασφάλεια του παιδιού μέσα στο σπίτι.

Αρχικά, όταν το μωρό θα είναι περίπου 6 μηνών, καλό θα είναι οι γονείς να μεταφέρουν όλα τα αιχμηρά αντικείμενα (μαχαίρια, ψαλίδια, βελόνες και εργαλεία) σε μέρος που δεν μπορεί να το φτάσει ένα παιδί (π.χ. ένα ψηλό ντουλάπι). Με αυτό τον τρόπο μειώνονται οι πιθανότητες κατά πολύ το μωράκι να χτυπήσει εξαιτίας κάποιου αιχμηρού αντικειμένου. Ένα δεύτερο σημείο που θα πρέπει να προσέξουν οι γονείς είναι οι τοποθεσίες που θα φυλάσσουν τα φάρμακα, δηλαδή χάπια, σιρόπι, απορρυπαντικά και καθαριστικά, φυτοφάρμακα, μπιγιές και διαλυτικά. Όλα αυτά καλό θα είναι να τοποθετηθούν ψηλά επίσης ψηλά (π.χ. το ντουλάπι

του αποροφητήρα είναι μία πολύ καλή λύση) ή ακόμα και σε κάποια αποθήκη έξω από το σπίτι στην οποία δεν θα μπορεί να έχει πρόσβαση το μωράκι. Είναι επίσης γνωστό ότι οι περισσότερες δηλητηριάσεις των παιδιών οφείλονται στην κατάποση ουσιών που ήταν αποθηκευμένες σε μπουκάλια χωρίς ετικέτα μαζί με τρόφιμα. Επίσης θα πρέπει να τοποθετούνται οι πλαστικές σακούλες όπως και τα μικροαντικείμενα (κουμπιά, νομίσματα, ξηροί καρποί, βελόνες, πινέζες κ.λπ.) σε μέρη ασφαλή και μακριά από τα μωρά τα οποία οτιδήποτε βρίσκουν, πρώτη τους κίνηση είναι να το βάλουν στο στόμα τους με τον κίνδυνο κατάποσης τους.

Οι μπαλκονόπορτες είναι ακόμα ένα σημείο που χρειάζεται προσοχή. Πρέπει να είναι ορατές από το μωρό και αυτό επιτυγχάνεται βάζοντας οι γονείς αυτοκόλλητα στο σωστό ύψος, το μωρό μ' αυτό τον τρόπο θα καταλαβαίνει ότι υπάρχει κάτι εκεί που το εμποδίζει να περάσει προς τα έξω. Μία καλή κίνηση είναι και η τοποθέτηση ειδικού αυτοκόλλητου για την επικάλυψη όλου του τζαμιού (όχι μόνο στις μπαλκονόπορτες, αλλά και σε οποιαδήποτε γυάλινη επιφάνεια μέσα στο σπίτι), το οποίο συγκρατεί τα κομμάτια του γυαλιού (εάν σπάσει) με αποτέλεσμα να μην τραυματιστεί το μωρό. Τα μικρά παιδιά επίσης δεν επιτρέπεται να μένουν μόνο τους στα μπαλκόνια, καλό θα είναι να είναι ασφαλισμένα τα κάγκελα ή να υπάρχει διπλό κάγκελο πάνω από αυτό που ήδη υπάρχει και να καλυφθεί το κάγκελο με πλέγμα ή μπαμπού για να μην μπορεί να εγκλωβίσει το παιδί το κεφαλάκι του ανάμεσα στα κάγκελα.

Τα εγκαύματα είναι ένας ακόμη σοβαρός τραυματισμός των παιδιών μέσα στο σπίτι. Πολλά οικιακά ατυχήματα προκαλούνται στην κουζίνα. Για αυτό το λόγο ποτέ δεν τα αφήνουμε να πλησιάζουν σόμπες, αναμμένα τζάκια ή την ηλεκτρική κουζίνα. Καλό θα είναι να τοποθετηθούν ειδικά πλέγματα στην κουζίνα για να μην μπορεί το μωρό να τραβήξει κάποια κατσαρόλα και ζεματιστεί. Το μαγείρεμα θα πρέπει να γίνεται στα πίσω μάτια με τα χερούλια της κατσαρόλας στραμμένα προς τον τοίχο. Διδάξτε τα παιδιά για την πυρασφάλεια από μια νεαρή ηλικία. Η ηλεκτροπληξία είναι επίσης κάτι που όλους μας φοβίζει. Για να αποφύγουμε την ηλεκτροπληξία που είναι πάντα μία σοβαρή και επικίνδυνη κατάσταση και έχει κοστίσει την ζωή πολλών παιδιών. Μία πρώτη κίνηση είναι να ασφαλίσουμε με καλύμματα τις πρίζες και να χρησιμοποιούμε πρίζες ασφαλείας. Επίσης να βάλουμε στον πίνακα σύστημα αυτόματου κλεισίματος της παροχής ρεύματος στο σπίτι σε περίπτωση που γίνει ένα βραχυκύκλωμα. Βραχυκύκλωμα δημιουργείται π.χ. όταν ένα μωρό βάλει μία βελόνα μέσα σε μία πρίζα.

Πολλά τρόφιμα όπως και πολλά παιχνίδια καθώς και οι περιπατητές που χρησιμοποιούμε για τα μικρά παιδιά μπορούν να είναι επικίνδυνα. Όσον αφορά τα τρόφιμα τα παιδιά μπορούν να απορροφήσουν τα στοιχεία, τα οποία θα οδηγήσουν στην παρεμπόδιση των μεταβάσεων αναπνοής. Οι μεταβάσεις αέρα ενός παιδιού είναι σχετικά μικρές και εμποδίζονται εύκολα. Επικίνδυνο είναι επίσης ο γεγονός ότι τα παιδιά μιλούν συχνά ή γελούν με τα τρόφιμα στο στόμα τους. Καλό θα είναι κάτω από πέντε ετών να μην τους επιτρέπεται να φάνε τα σκληρά στοιχεία όπως τη σκληρή καραμέλα ή τους ξηρούς καρπούς. Επίσης το Porcorn (που είναι ιδιαίτερα ελαφρύ) μπορεί εύκολα να απορροφηθεί στους πνεύμονες. Καλό θα είναι να διδαχθούν από μικρά τα παιδιά να μην βάζουν πάρα πολλά τρόφιμα στα στόματά τους και επίσης να μην μιλάνε με τα τρόφιμα στο στόμα. Όπως αναφέρθηκε λίγο πιο πάνω και τα παιχνίδια μπορεί να μετατραπούν σε επικίνδυνες παγίδες. Σε πολλά παιχνίδια δεν υπάρχει καμία εκτελέσιμη οδηγία για τα ζητήματα σχεδίου και ασφάλειας παιχνιδιών (βλέπε παράρτημα Ζ για την ασφάλεια των παιχνιδιών). Μπορούν οι γονείς να σιγουρευτούν ότι τα παιχνίδια που χρησιμοποιούν τα παιδιά είναι κατάλληλα για την ηλικία τους. Τέλος οι περιπατητές μωρών μπορούν να είναι εξαιρετικά επικίνδυνοι και είναι συνολικά περιττοί. Τα μωρά που χρησιμοποιούν τους περιπατητές δεν αρχίζουν καθόλου γρηγορότερα από άλλοι. Εντούτοις, τα μωρά δεν έχουν τη δυνατότητα να ελέγξουν την πρόσθετη κινητικότητα που παρέχεται από έναν περιπατητή και μπορούν να τρέξουν στα έπιπλα ή σε άλλα αντικείμενα, ή να πέσουν κάτω από τα σκαλοπάτια.

Εν κατακλείδι στην μανιέρα το μωρό δεν πρέπει να μένει μόνο του ούτε λεπτό. Το ίδιο ισχύει και με τις πλαστικές πισίνες που χρησιμοποιούνται πολύ συχνά το καλοκαίρι στα μπαλκόνια. Ποτέ το παιδί δεν πρέπει να το αφήνουμε μόνο του ούτε για πέντε λεπτά. Πρέπει να το έχουμε συνεχώς υπό την επίβλεψη μας (Μοσχόβου, αχρονολόγητο).

3.2 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ

Τα παιδιά έρχονται στο δρόμο, συνεχώς και παντού, αντιμέτωπα με κινδύνους. Τόσο για τα παιδιά όσο και για τους ενήλικες, τα περισσότερα ατυχήματα σημειώνονται στις διαδρομές που πραγματοποιούνται σε καθημερινή βάση: ο κίνδυνος είναι ακόμη σοβαρότερος αφού νομίζουν ότι γνωρίζουν καλά το δρόμο. Συνεπώς, τα παιδιά έχουν την εσφαλμένη εντύπωση ότι είναι ασφαλή στο δρόμο από το σπίτι στο σχολείο. Δεν καταλαβαίνουν τι θα μπορούσε να τους συμβεί αν δεν δώσουν την αναγκαία προσοχή. Γι' αυτό και η προσπάθεια να καταστήσουμε το δρόμο από το σπίτι στο σχολείο ασφαλή είναι καθοριστικής σημασίας.

Για να καταστήσουν οι γονείς το δρόμο προς το σχολείο ασφαλές, θα πρέπει να εντοπίσουν τις επικίνδυνες περιοχές ή καταστάσεις, να ενημερώσουν τα παιδιά σχετικά με αυτές και να εφαρμόσουμε τα απαραίτητα προληπτικά και διορθωτικά μέτρα.

Οι γονείς θα πρέπει να υιοθετήσουν εναλλακτικούς τρόπους μεταφοράς, όπως περπάτημα, ποδήλατο, χρήση της δημόσιας συγκοινωνίας ή ως συνεπιβάτες ενός αυτοκινήτου με τον ίδιο προορισμό. Αυτό θα βοηθήσει και τα παιδιά τους να επιλέξουν το μεταφορικό μέσο που προτιμούν, όταν θα είναι αρκετά μεγάλα.

3.2.1 Πώς να μάθουν τα παιδιά να κυκλοφορούν με το ποδήλατό τους με ασφάλεια

Το ποδήλατο είναι το πιο δημοφιλές μέσο μεταφοράς χάρη στα πολυάριθμα πλεονεκτήματά του: είναι φιλικό προς το περιβάλλον, αποτελεί έναν εξαιρετικό τρόπο άσκησης και κινείται εύκολα όταν επικρατεί κυκλοφοριακή συμφόρηση. Για πολλά παιδιά το ποδήλατο είναι το πρώτο μέσο μεταφοράς με το οποίο έρχονται σε επαφή. Συνεπώς, όλοι, και ιδιαίτερα τα παιδιά, πρέπει να μάθουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ποδηλατών μέσω θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης. Εκτός από την καλή γνώση των κανόνων κυκλοφορίας, τα παιδιά πρέπει να μάθουν να κυκλοφορούν με το ποδήλατό τους με ασφάλεια και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με πρακτική εκπαίδευση, ώστε τα παιδιά να μάθουν πώς να συντηρούν το ποδήλατό τους, πώς να στρίβουν, πώς να φρενάρουν κλπ. και, τέλος, πώς να αποκτήσουν ένα 'πιστοποιητικό ποδηλασίας'. Η χρήση προστατευτικού εξοπλισμού είναι επίσης ένα θέμα μείζονος σημασίας. Σε πολλά προγράμματα, αναπτύσσονται δραστηριότητες για να μάθουν τα παιδιά πώς να προστατεύονται καλύτερα όταν κυκλοφορούν με το ποδήλατο. Οι εν λόγω δραστηριότητες εστιάζουν στον εξοπλισμό ασφαλείας για ποδήλατα, όπως προστατευτικά αγκώνων και επιγονατίδες, φώτα και φρένα. Επίσης σημαντική είναι, τέλος, η προώθηση της χρήσης του προστατευτικού κράνους αφού οι τραυματισμοί στο κεφάλι είναι η κύρια αιτία θανάτου και σοβαρού τραυματισμού για τους ποδηλάτες (Αντιμετώπιση Παιδικού Τραύματος, αχρονολόγητο).

3.3 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ

Πρέπει να ξέρουν οι γονείς ότι το μωρό είναι ασφαλές μέσα στο αυτοκίνητο μόνο στο ειδικό παιδικό κάθισμα. Έρευνες έχουν δείξει ότι η χρήση παιδικού καθίσματος μειώνει κατά 70% τον σοβαρό τραυματισμό ή και το θάνατο σε περίπτωση τροχαίου του μωρού. Για αυτό το μωρό είναι προτιμότερο, ακόμη και για τις μικρές αποστάσεις να το τοποθετείται στο παιδικό κάθισμα και όχι στην αγκαλιά των γονιών! Η συνηθέστερη κίνηση παλαιότερα αλλά και τώρα, ιδίως από τις γιαγιάδες είναι να κρατούν το μωρό στην αγκαλιά μέσα στο αμάξι. Σε περίπτωση ατυχήματος αν το μωρό είναι στην αγκαλιά μπορεί να λειτουργήσει το σώμα του μωρού σαν αερόσακος για τον μεγάλο και να υποστεί βαριές κακώσεις και στην χειρότερη να εκσφενδονιστεί μπροστά γιατί με τις δυνάμεις που ασκούνται την ώρα της σύγκρουσης το μωρό αποκτά απίστευτο βάρος, βάρος που δεν μπορεί να συγκρατηθεί ακόμη και από έναν μεγαλόσωμο άντρα. Πρέπει οι γονείς να ενημερωθούν ποιο καρεκλάκι είναι το κατάλληλο και πώς μπορούν να το διαλέξουν (ένα καρεκλάκι το διαλέγουμε σύμφωνα με το βάρος και όχι με την ηλικία). Τους πρώτους τρεις μήνες το μωρό πρέπει να τοποθετείται ξαπλωμένο μέσα στο αυτοκίνητο στην πίσω θέση. Αν υπάρχει αερόσακος στην θέση του συνοδηγού δεν πρέπει να τοποθετείται το καρεκλάκι εκεί. Μετά από τους τρεις μήνες το μωρό τοποθετείται καθιστό αλλά με το κεφάλι αντίθετα από τη φορά του αμαξιού. Σε περίπτωση απότομου φρεναρίσματος ή μίας μικρής σύγκρουσης δεν υπάρχει κίνδυνος για το κεφαλάκι, τον αυχένα και τη μέση του μωρού αν είναι τοποθετημένο σε αυτή τη θέση. Μόλις το μωρό γίνει 10 μηνών- περίπου 11 κιλά- μπορεί να το τοποθετηθεί με το σώμα του στραμμένο σύμφωνα με την φορά του αυτοκινήτου. Τώρα μπορεί να κρατά πιο σταθερό το κεφάλι του και για αυτό μπορεί να το τοποθετηθεί κανονικά. Έτσι έχοντας στραμμένο το κεφάλι του προς τα εμπρός θα μπορεί να ελέγχεται καλύτερα. Μην παραλείπεται να τοποθετηθούν αντηλιακά στοράκια στο αμάξι, ένα ή δύο προειδοποιητικά αυτοκόλλητα στο πίσω τζάμι για τους άλλους οδηγούς, ότι υπάρχει μωρό στο αυτοκίνητο. Χρησιμοποιώντας τον κλιματισμό στο αυτοκίνητο δεν πρέπει οι γονείς να ξεχνούν να ανοίγουν το παράθυρο για 5 λεπτά κάθε ένα τέταρτο για να ανανεώνεται ο αέρας. Τον χειμώνα η θέρμανση δεν χρειάζεται να είναι στο φουλ. Μία θερμοκρασία 25 βαθμών μέσα στο αμάξι είναι ιδανική και το μωρό να είναι ντυμένο κανονικά και όχι βαριά. Τέλος απαραίτητο είναι να μην τρέχουν οι οδηγοί γιατί το μωρό καταλαβαίνει και η ταχύτητα εκτός του ότι μπορεί να το ζαλίζει είναι σίγουρο ότι το φοβίζει (Μοσχόβου, αχρονολόγητο).

3.5 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΠΑΙΔΟΤΟΠΟ

Οι παιδότοποι είναι μαγνήτες για τα παιδιά. Τους δίνουν μια πιθανότητα να τρέξουν, να φωνάξουν να αλληλεπιδράσουν με άλλα άτομα της ηλικίας τους, να ερευνήσουν και να επεκτείνουν τις δυνατότητες των αναπτυσσόμενων οργανισμών τους ενώ παράλληλα θα διασκεδάζουν. Δυστυχώς, πολλοί παιδότοποι δεν είναι τόσο ασφαλείς όσο θα έπρεπε να είναι.

3.4.1 Παράγοντες κινδύνου στους παιδότοπους

Τέσσερις παράγοντες συμβάλλουν στα προβλήματα των παιδότοπων:

✓ οι επιφάνειες κάτω από τον εξοπλισμό
✓ το σχέδιο και η ρύθμιση του εξοπλισμού
✓ πόσο καλά ο εξοπλισμός είναι εγκατεστημένος και διατηρημένος
✓ 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. 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.

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 – όλου» και τα παιχνίδια αναρρίχησης. Συχνά τραυματίζονται όχι μόνο από την πτώση αλλά με χτύπημα στον εξοπλισμό καθώς πέφτουν.

3.4.2 Ένα καλύτερο σχέδιο παιδότοπου

Τα περισσότερα από τα ατυχήματα περιλαμβάνουν τις παλιούς παιδότοπους με τις ελλείψεις προδιαγραφές προστασίας των παιδιών, τις εκτεθειμένες επιφάνειες, τις αιχμηρές εσοχές και τα κικλιδώματα. Οι πιο σύγχρονοι και σύμφωνα με τις προδιαγραφές παιδότοποι, με τα στρώματα στο πάτωμα του χώρου και άλλες μαλακές επιφάνειες, μαλακά καθίσματα

ταλάντευσης και άλλες προβλεπόμενες προϋποθέσεις για την ασφάλεια των παιδιών ωστόσο, μπορούν επίσης να γίνουν εστίες κινδύνου για τα παιδιά.

Επιφάνεια. Για τα παιδιά, τουλάχιστον, η πτώση είναι ένα έμφυτο κομμάτι του παιχνιδιού. Όσο σκληρότερη είναι όμως η επιφάνεια στην οποία προσγειώνεται ένα παιδί, τόσο πιθανότερος είναι ένας άσχημος τραυματισμός. Οι επιφάνειες πρέπει να είναι μαλακές, η ακαδημία ορθοπεδικής συστήνει τα λαστιχένια χαλιά ή τα φουσκωμένα στρώματα. Ειδικά στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν παιχνίδια αναρρίχησης τα λαστιχένια χαλιά και τα φουσκωμένα στρώματα κρίνονται απαραίτητα. Στους παιδότοπους που διατηρούν και ανοιχτούς χώρους διασκέδασης των παιδιών οι επιφάνειες από χώμα ή γλήη πρέπει να αποφεύγονται γιατί με το πέρασ του χρόνου και την έντονη χρήση από τα παιδιά μπορεί η επιφάνεια της γλήης να χάσει την απορροφητικότητα σε κραδασμούς.

Εξοπλισμός. Όλος ο εξοπλισμός πρέπει να δεθεί σταθερά με τα τοιχώματα και την κάτω επιφάνεια για να αποτραπεί η οποιαδήποτε ταλάντευση τους ή πτώση. Οι κούνιες πρέπει να αποτελούνται από ελαφριά, μαλακά και απορροφητικά υλικά έτσι ώστε το παιδί σε περίπτωση σύγκρουσης να μην τραυματιστεί ενώ θα πρέπει η τοποθέτηση τους να είναι τέτοια ώστε μόνο ένα παιδί την φορά να χωράει να καθίσει σε αυτές. Τα καθίσματα με ενσωματωμένο τραπεζάκι πρέπει να χρησιμοποιούνται για τα μικρά παιδιά. Οι μηχανισμοί στην κορυφή της κούνιας πρέπει να είναι χωρισμένοι κατά διάστημα ελαφρώς ευρύτερο από αυτό του καθίσματος για να μειώσουν την πλάγια κίνηση. Οι τσουλήθρες δεν πρέπει να έχουν περισσότερο από μια κλίση 30° και η πλατφόρμα πρέπει να είναι τόσο ευρεία όπως στην κορυφή της και τουλάχιστον 22 πόντους βαθιά. Όλες οι ανυψωμένες πλατφόρμες πρέπει να έχουν τα προστατευτικά κιγκλιδώματα, 20 με 30 εκ. ψηλότερα για τα νήπια και 30 με 48 για τα μεγαλύτερα παιδιά. Τα διαστήματα μεταξύ των βημάτων και των βαθμίδων πρέπει να είναι τέτοια ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος να σφηνώσει το κεφάλι κανενός παιδιού ενδιάμεσα σε αυτά. Συγκεκριμένα το διάστημα πρέπει να είναι μεγαλύτερο από 9 εκ. για τα νήπια και 12 εκ. για τα μεγαλύτερα παιδιά. Τα κιγκλιδώματα πρέπει να έχουν τις διαμέτρους από 1 μέχρι 1 και 2/3.

Σχέδιο. Οι καλύτεροι παιδότοποι παρέχουν χωριστούς χώρους απασχόλησης για τα νήπια και χωριστό χώρο για τα μεγαλύτερα παιδιά. Οι ορατότητα θα πρέπει να είναι επαρκής και να δίνει την δυνατότητα της διαρκούς επίβλεψης ενώ να δίνεται παράλληλα επαρκής χώρος κίνησης για τα μικρά παιδιά. Θα πρέπει να υπάρχει αρκετός χώρος για τα παιδιά για να παίρνουν και να αφήνουν τα παιχνίδια χωρίς να υπάρχει κίνδυνος σύγκρουσης με άλλα

παιδιά. Ο παιδότοπος πρέπει να χωρίζεται με κιγκλιδώματα από τον χώρο των ενηλίκων, τον χώρο του αναψυκτηρίου, και φυσικά σε περίπτωση που είναι σε ανοιχτό χώρο από τον δρόμο και την κίνηση.

Συντήρηση. Στην περίπτωση οποιασδήποτε βλάβης του εξοπλισμού, ο παιδότοπος υποχρεούται την άμεση επισκευή και αντικατάσταση του. Εάν αυτό δεν είναι δυνατό, πρέπει να αφαιρεθεί αυτό το τμήμα του εξοπλισμού έως ότου ολοκληρωθεί η συντήρηση του. Δεν πρέπει να υπάρχουν χαλαρές, χαλασμένες ή ελλιπή θεμέλια του εξοπλισμού, βίδες χαλαρά ή ελλιπή παξιμάδια, μπουλόνια, προστατευτικά καλύμματα, σπασμένα ή ραγισμένα σκαλοπάτια, ή βαθμίδες, παραμορφωμένα μέρη του εξοπλισμού, κομμένα ή εκτεθειμένα καλώδια ή διακόπτες, και γενικότερα μηχανισμοί στους οποίους θα μπορούσαν τα παιδιά να τρυπήσουν ή να σπύσουν κάποιο δάκτυλο, χέρι ή πόδι, να γδάρουν ή να σκίσουν μέρος του σώματος τους και γενικότερα να τραυματιστούν με οποιοδήποτε τρόπο. Επίσης, οποιοδήποτε κομμάτι του εξοπλισμού χρειάζεται συντήρηση θα πρέπει αυτή να γίνεται εγκαίρως και ανελλιπώς.

Κίνδυνοι χρωμάτων μόλυβδου. Η δοκιμή από τα διάφορα κράτη και τις τοπικές αρμοδιότητες έχει δείξει ότι πολλά σχολεία, πάρκα, κοινοτικές παιδικές χαρές αλλά και παιδότοποι έχουν τον μεταλλικό και τον ξύλινο εξοπλισμό που παρουσιάζει έναν πιθανό κίνδυνο χρωμάτων μόλυβδου πρώτιστα για τα παιδιά μικρότερα των έξι ετών. Τα παιδιά σε αυτή την ηλικία διατρέχουν τον κίνδυνο δεδομένου ότι πιάνουν με τα χέρια τους τον εξοπλισμό παίζοντας, και έπειτα μεταφέρουν είτε τον εξοπλισμό είτε μόνο τα χέρια τους, στα στόματά τους. Ανακυκλωμένο λαστιχένιο προστατευτικό για την μείωση των ατυχημάτων στους παιδότοπους

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δύο δεκαετιών, οι στατιστικές των νοσοκομείων έχουν παρουσιάσει δραματική αύξηση στους τραυματισμούς που σχετίζονται με παιδότοπους και παιδικές χαρές (Κυριακίδη, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Πολλές είναι οι επιπτώσεις των ατυχημάτων στις μέρες μας. Μιλώντας όμως για τα παιδικά ατυχήματα, που είναι και το αντικείμενο της έρευνάς μας, αξίζει να αναφερθούν οι επιπτώσεις αυτές και ποιους τομείς αφορούν. Οι τομείς που κυρίως οι συνέπειες των παιδικών ατυχημάτων αφορούν είναι η υγεία του ατόμου, η δημόσια υγεία, ο οικονομικός και ο ψυχολογικός τομέας. Παρακάτω αναφέρεται ο κάθε τομέας χωριστά και εκτενέστερα.

4.1 ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Όλοι πια γνωρίζουμε πως στον 21ο αιώνα οι ακούσιες σωματικές κακώσεις (ατυχήματα) αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας στις νεαρές ομάδες ηλικιών.

Όσον αφορά τις συνέπειες στην υγεία του ατόμου τα ατυχήματα τόσο σε παιδιά (0-14 ετών) όσο και νέους ενήλικες ευθύνονται για περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη νοσολογική οντότητα. Οι συνέπειες αφορούν κύρια το ίδιο το παιδί και τους οικείους του (ψυχικό τραύμα, σωματική βλάβη, αναπηρία, θάνατος), αλλά και τον θύτη (ψυχικό τραύμα, δίκες). Το παιδί μετά το οποιοδήποτε ατύχημα θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, με τις καλύτερες παροχές που διατίθενται ώστε η βοήθεια να είναι περισσότερο αποτελεσματική και με τις λιγότερες δυσάρεστες συνέπειες.

Οι θάνατοι όμως των παιδιών αποτελούν την κορυφή του παγόβουνου. Αρκεί να αναλογιστεί κανείς τους ανήλικους που εξαιτίας κάποιου τραυματισμού είναι αναγκασμένοι ή να παραμένουν για ένα αρκετά μεγάλο διάστημα σε κάποια μονάδα εντατικής θεραπείας μέχρι την πλήρη αποκατάστασή τους, η οποία δεν είναι πάντα εφικτή, ή σε όλη τους τη ζωή να ζουν με το βάρος μίας βαριάς ή μη αναπηρίας. Και δυστυχώς όταν πρόκειται για κάποια αναπηρία ή κάποια μόνιμη βλάβη η ταλαιπωρία δεν τελειώνει με την έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο. Αρκετές είναι οι περιπτώσεις που για χρόνια το παιδί περνάει ώρες σε ειδικά κέντρα προκειμένου να επιτευχθεί η πλήρης αποκατάσταση της βλάβης του. Αλλά το πρόβλημα δεν σταματάει εδώ.

Ανεξάρτητα με την βαρύτητα του ατυχήματος είτε πρόκειται για βαριά αναπηρία είτε για ελαφρύ περιστατικό, τα ατυχήματα συνδυάζονται με σοβαρές ψυχοκοινωνικές διαταραχές, οι οποίες αναφέρονται ως μετατραυματικό σύνδρομο.

4.2 ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Τα ατυχήματα αποτελούν σοβαρότατο πρόβλημα της δημόσιας υγείας όλων των χωρών γιατί αφορούν το νεανικό και κυρίως τον υγιή πληθυσμό και είναι ευθύνη όλων γιατί σε μεγάλο βαθμό μπορούν να προληφθούν. Το πρώτο και κύριο που πρέπει να αναφέρουμε όταν μιλάμε για τις συνέπειες των παιδικών ατυχημάτων στη δημόσια υγεία είναι η μεγάλη επίπτωση που παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Πολλά είναι τα περιστατικά των παιδικών ατυχημάτων που εμφανίζονται κάθε χρόνο. Το σημαντικό είναι πως ολοένα αυξάνονται δραματικά και το πρόβλημα αυτό αρχίζει και παίρνει διαστάσεις επιδημίας. Το δεύτερο και σημαντικότερο είναι η αυξημένη πιθανότητα θανάτου και αναπηρίας των παιδιών που εμφανίζονται σαν αποτέλεσμα των παιδικών ατυχημάτων. Ένα άλλο που αξίζει να αναφερθεί είναι, όπως είναι ήδη γνωστό άλλωστε, πως οι παράγοντες κινδύνου των παιδικών ατυχημάτων είναι διάσπαρτες σε όλο τον παιδικό πληθυσμό, και όχι μόνο, το οποίο σημαίνει ότι κάποιο ατύχημα δυστυχώς μπορεί να συμβεί σε κάθε παιδί και όχι απαραίτητα μία φορά. Αυτό σημαίνει ότι όλα τα παιδιά είναι επιρρεπή στα ατυχήματα και για να τα προλάβουμε θα πρέπει να ενεργήσουμε μαζικά σε όλο τον παιδικό πληθυσμό και αποτελεσματικά. Εκτός των άλλων τα ατυχήματα καταναλώνουν σημαντικό τμήμα των υπηρεσιών του συστήματος υγείας το σημαντικότερο όμως είναι πως μπορούμε εύκολα και γρήγορα να παρέμβουμε και να αλλάξει αυτό. Σαν τελευταία συνέπεια πρέπει να αναφέρουμε το κόστος που αφορά τόσο την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων, όσο τη θεραπεία και τέλος την αποκατάσταση των αποτελεσμάτων των παιδικών ατυχημάτων.

4.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ

Μέχρι πρότινος, υπήρχαν λίγες πληροφορίες, για το πόσο στοιχίζουν τα παιδικά ατυχήματα, στις χώρες μέλη της Ε.Ε.

Το πρόγραμμα Euro cost 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 €10.8 δισ. Τα μεγαλύτερα ποσοστά, δαπανώνται, για παιδιά, από 0-4 ετών, και άντρες από 18

έως 24 ετών, λόγω των υψηλών ποσοστών ατυχημάτων, σε αυτές τις ηλικίες.

Το πρόγραμμα Eurocost, επίσης, μας δίνει πληροφορίες, για το κόστος, ανάλογα, με το είδος του ατυχήματος. Αν συγκρίνουμε τα νούμερα βλέπουμε ότι το κόστος, ανά ασθενή, είναι μεγαλύτερο, για τα ατυχήματα στους δρόμους (€597) και μικρότερο για τα ατυχήματα στη δουλειά (€127). Οι αυτοκτονίες (€280) και τα ατυχήματα που γίνονται στο σπίτι ή στον ελεύθερο χρόνο μας (€250) κατατάσσονται στη δεύτερη και στην τρίτη σειρά, αντίστοιχα (Καταναλωτικά βήματα, τεύχος Σεπτέμβριος 2005) . Όσον αφορά τα τροχαία ατυχήματα σε μια ημερίδα που πραγματοποιήθηκε με θέμα την Οδική Ασφάλεια της οποίας τη χορηγία ανέλαβε η Αττική Οδός ώστε να συμβάλλει με την σειρά της στην γενικότερη προσπάθεια που γίνεται για την οδική ασφάλεια στη χώρα μας ο κ. Π. ΠΑΠΑΔΑΚΟΣ Πρόεδρος του Συλλόγου Ελλήνων Συγκοινωνιολόγων κατά την διάρκεια της ομιλίας του είπε:

"Το ετήσιο κόστος των ατυχημάτων για την χώρα μας ανέρχεται σε 3 δις ευρώ υπολογίζεται δε ότι κόστος ανά θάνατο για την χώρα ανέρχεται σε 1,2 εκ ευρώ , για σοβαρό τραυματισμό 140 χιλιάδες ευρώ ενώ για ελαφρύ 14 χιλιάδες ευρώ. Πρέπει να γίνει καταγραφή των μελανών σημείων του οδικού δικτύου και να γίνουν άμεσα παρεμβάσεις".

4.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ

Η αναπηρία έχει μια διαφορετική εικόνα από εκείνη της αρρώστιας, καθώς πρόκειται για μια χρόνια κατάσταση. Αν και η σωματική αναπηρία είναι ο κοινός παρονομαστής κάθε παιδί έχει διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης των ψυχοτραυματικών εμπειριών, διαθέτει τους δικούς του μηχανισμούς άμυνας και βιώνει διαφορετικά την αναπηρία του.

Οι αντιδράσεις κατ' αρχήν έχουν σχέση με την ηλικία. Διαφορετικές είναι οι αντιδράσεις σε ένα παιδί προσχολικής ή σχολικής ηλικίας όταν βρεθεί αντιμέτωπο με την αναπηρία και διαφορετικές σε ένα παιδί εκ γενετής ανάπηρο που έχει ενσωματώσει την αναπηρία του στη ζωή του. Μπορούμε να διακρίνουμε δύο χαρακτηριστικά ψυχολογικά προφίλ παιδιών με χρόνιες αναπηρίες.

Από τη μια πλευρά έχουμε παιδιά δειλά, παθητικά, απομονωμένα, με έντονα συναισθήματα αγανάκτησης και εχθρότητας προς τα φυσιολογικά άτομα. Αναπτύσσουν έναν παθολογικό εγωισμό, γκρινιάζουν συνέχεια και διεκδικούν, πιστεύουν ότι οι άλλοι τους οφείλουν πολλά επειδή σε αυτά έτυχε η αναπηρία. Δείχνουν έλλειψη ενδιαφέροντος για κάθε ατομική και κοινωνική δραστηριότητα και έχουν μεγάλη τάση εξάρτησης από

τους γονείς και κυρίως από τη μητέρα τους.

Στο άλλο άκρο είναι παιδιά που δείχνουν υπερβολική τάση για ανεξαρτητοποίηση και αυτονομία. Αναλαμβάνουν επικίνδυνες δραστηριότητες, προκαλώντας και εκθέτοντας τη ζωή τους σε κίνδυνο. Δοκιμάζουν συνέχεια τον εαυτό τους και την ανοχή του περιβάλλοντος, αναγκάζοντας τους γονείς τους να παίρνουν περιοριστικά μέτρα. Είναι σαν να έχουν απωλέσει έως ένα βαθμό τον έλεγχο της πραγματικότητας και χρησιμοποιούν μηχανισμούς άρνησης για τα επώδυνα συναισθήματα που τους προκαλεί η αναπηρία. Τα ψυχολογικά προβλήματα δεν έχουν ανάλογη σχέση με τη σοβαρότητα της αναπηρίας. Μια μικρή αναπηρία μπορεί να προκαλέσει μεγάλες ψυχικές διαταραχές.

Αντίθετα, η δομή της προσωπικότητας παίζει το σημαντικότερο ρόλο. Όταν υπάρχει ισχυρή θέληση, αναπτύσσεται κίνητρο για να ξεπεραστεί η αναπηρία και έχουμε τις φωτεινές εξαιρέσεις με καλά αποτελέσματα προσωπικής και κοινωνικής επιτυχίας. Άτομα που ζουν χωρίς συγκρούσεις την αναπηρία τους, δέχονται τους περιορισμούς προχωρούν μπροστά και αναπτύσσουν άλλες αντισταθμιστικές δραστηριότητες. Στα πλαίσια της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών εντάσσεται η ευαισθητοποίηση της κοινότητας, προκειμένου να αλλάξει η αρνητική στάση απέναντι στα ανάπηρα άτομα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

5.1 ΕΛΛΑΔΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα δούμε κάποια επιδημιολογικά στοιχεία που παρουσιάζει το 2007 το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων. Συγκεκριμένα θα δούμε τις Αριθμητικές συνιστώσες των παιδικών ατυχημάτων με βάση την Πύλη Στατιστικών Δεδομένων (Injury Statistics Portal).

5.1.1 Δεδομένα θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων κατά ηλικία και φύλο.

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 οφείλονται 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 (βλέπε πίνακα 5.1.1) (ΚΕΠΑ, 2007).

Πίνακας 5.1.1 Κατανομή θανάτων από ακούσιο τραυματισμό σε παιδιά (0-14 έτη) στην Ελλάδα για τα έτη 1992-2004 ανά είδος ατυχήματος, ηλικία και φύλο (πηγή: Injury Statistics Portal 1992-2004, δεδομένα Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ)).

Ηλικία	0-4 έτη			5-9 έτη			10-14 έτη			0-14 έτη		
	A	K	Σύνολο	A	K	Σύνολο	A	K	Σύνολο	A	K	Σύνολο
Τροχαίο	130	92	222	161	118	279	237	136	373	528	346	874
Πνιγμός	24	16	40	56	8	44	56	15	51	96	39	135
Πτώση	24	20	44	10	7	17	14	7	21	48	34	82
Έγκαυμα	15	14	29	6	6	12	4	2	6	25	22	47
Δηλητηρίαση	2	4	6	1	0	1	4	12	16	7	16	23
Λοιπά/αδιευκρίνηστα αίτια	174	141	315	24	24	48	45	24	69	243	189	432
Σύνολο	369	287	656	238	163	401	340	196	536	947	646	1593

5.1.2 Δεδομένα θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων κατά τύπο ατυχήματος

Παρακάτω αναφέρονται σύμφωνα με το ΚΕΠΑ τα δεδομένα θνησιμότητας που αφορούν κάθε ατύχημα χωριστά (ΚΕΠΑ, 2007).

Πίνακας 5.3.2 Θνησιμότητα ανά 100.000, σε παιδιά 1-14 ετών, από πνιγμό χωρίς πρόθεση, στις 15 πιο μεγάλες χώρες του ΟΟΣΑ, εκτός Τουρκίας (Πηγή: Ανάλυση της WHO Mortality Database από το London School of Hygiene & Tropical Medicine, 1991-1995)

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

5.1.2.α Τροχαία ατυχήματα

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. 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.

5.1.2.β Πνιγμοί

Οι πνιγμοί 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.

5.1.2.γ Πτώσεις

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.

Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. 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.

5.1.2.δ Εγκαύματα

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.

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.

5.1.2.ε Δηλητηριάσεις

Εκτός από την άνοδο του βιοτικού επιπέδου, η λειτουργία των Κέντρων Δηλητηριάσεων και άλλες προληπτικής φύσης ενέργειες συνέβαλαν ουσιαστικά στη μείωση των θανάτων από δηλητηριάσεις, που αποτελούν την πέμπτη και λιγότερο συχνή αιτία θανάτου σε παιδιά στη χώρα μας. Στην Ελλάδα (1992-2004) παρατηρείται ετησίως κατά μέσο όρο 1 θάνατος από δηλητηριάσεις στις ηλικίες 0-14 ετών.

5.1.2.στ Λοιπές και αδιευκρίνιστες αιτίες

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.

5.2 ΚΥΠΡΟΣ

Στην Κύπρο, η εικόνα των παιδικών ατυχημάτων, όπως διαγράφεται από τις διάφορες έρευνες που έγιναν παλαιότερα αναφέρουν ότι: 1% των παιδιών μέχρι 12 χρόνων εισάγεται στα κυβερνητικά νοσηλευτήρια λόγω τραυματισμού, 0,2% των παιδιών μέχρι 14 χρόνων τραυματίζεται από τροχαίο, 1% των παιδιών μέχρι 12 χρόνων ζητά βοήθεια από τα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών των κυβερνητικών νοσηλευτηρίων με πρόβλημα εγκαύματος (Κασινίδου. 2006).

5.3 ΕΥΡΩΠΗ

Αρκετά είναι τα ατυχήματα τα οποία συμβαίνουν κάθε χρόνο στην Ευρώπη. Παρακάτω αναφέρεται η θνησιμότητα στα παιδικά ατυχήματα στην Ευρώπη γενικά ενώ αναφέρεται και ειδικότερα η θνησιμότητα από τον πνιγμό σε Ευρώπη, Αμερική και Αυστραλία. Τέλος το τελευταίο κομμάτι του κεφαλαίου αναφέρεται στην θνησιμότητα των παιδικών ατυχημάτων για τα αθλήματα στην Ευρώπη.

5.3.1 Δεδομένα θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων στην Ευρώπη

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας πάνω από 6000 παιδιά πέθαιναν κάθε χρόνο από ατύχημα στις χώρες της Ευρώπης σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2000. η χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων φαίνεται να είναι η Γαλλία και με το μικρότερο ποσοστό η Σουηδία ενώ η χώρα μας είναι κάπου ανάμεσα (βλέπε πίνακα 5.3.1) (Petridou, 2000, Polinder, 2007).

Πίνακας 5.3.1 Δεδομένα θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων στην Ευρώπη

Table 1. Age-adjusted childhood (0–14 y) mortality rate (MRadj, per 100 000 person-years) and regression derived percent annual decline (and 95% confidence interval) in EU member states during the decade 1984–93.

Country	1984		1993		Per cent annual decline of MRadj	95% CI		p-value
	Deaths #	Mradj	Deaths #	Mradj				
UK	1103	10.2	599	5.4	6.1	5.0	7.2	<10 ⁻³
Austria	195	14.5	125	8.9	5.7	3.7	7.7	<10 ⁻³
Germany	1233	13.8	970	7.6	5.3	4.3	6.3	<10 ⁻³
Ireland	126	12.3	74*	8.3	5.1	3.8	6.5	<10 ⁻³
France	1565	14.4	899	8.5	4.9	3.8	6.0	<10 ⁻³
Portugal	556	24.9	255	15.1	4.7	3.1	6.3	<10 ⁻³
Belgium	251	13.6	184**	10.5	4.6	3.2	6.0	<10 ⁻²
Greece	262	13.2	156	9.1	4.3	3.0	5.6	<10 ⁻³
Netherlands	279	10.1	174	6.3	3.5	2.1	5.0	10 ⁻³
Sweden	97	6.4	81	5.0	3.4	0.7	6.0	0.04
Italy	935	8.4	586*	6.7	3.3	2.2	4.3	<10 ⁻³
Denmark	89	9.8	61	6.8	2.4	-0.2	5.0	0.11
Spain	1028	12.2	692*	10.4	1.8	0.8	2.7	0.01
Finland	76	8.0	69	7.1	0.7	-1.7	3.0	0.58

* Latest available data 1992. ** Latest available data 1989.

Σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε το 2007 πέντε από τις νέες χώρες- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 και τις τρεις χώρες της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Περιοχής με διαθέσιμα στοιχεία θνησιμότητας (Ρουμανία, Λάτβια, 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 χώρα μας καταλαμβάνει μια ενδιάμεση θέση (15η) ενώ η Μάλτα, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο συγκαταλέγονται στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας (ΚΕΠΑ, 2007).

5.3.2 Δεδομένα θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων για τον πνιγμό σε Ευρώπη, Αμερική και Αυστραλία.

Είναι γεγονός ότι η Ελλάδα αν και είναι μία χώρα που στην πλειοψηφία της βρέχεται από θάλασσα, βρίσκεται σε καλή θέση ανάμεσα στις ανεπτυγμένες χώρες, εν αντιθέσει με την κατάσταση που επικρατεί σε άλλα παιδικά ατυχήματα, όσον αφορά τους πνιγμούς στην παιδική ηλικία (πίνακας 5.3.2) (Σπυριδόπουλος, 2004).

5.3.3 Δεδομένα θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων για τα αθλήματα στην Ευρώπη

Δεν είναι λίγα τα παιδικά ατυχήματα που συμβαίνουν κάθε χρόνο σε οργανωμένα και μη οργανωμένα αθλήματα. Σχετική έρευνα έγινε το 2002 για ατυχήματα στο σχολείο και έξω από αυτό, σε παιδιά ηλικίας 5 με 14 ετών και αφορά σε έξι ευρωπαϊκές χώρες. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας τα αθλητικά ατυχήματα αποτελούν, σε εθνικό επίπεδο, ένα τεράστιο πρόβλημα δεδομένου ότι τα ατυχήματα στην Ιρλανδία φτάνουν τα 40.000 ενώ στην Αγγλία ξεπερνούν τα 200.000 αθλητικά ατυχήματα. Επιπλέον βλέπουμε τα αγόρια να υπερτερούν των κοριτσιών καθώς εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα ατυχημάτων σε οργανωμένα και μη αθλήματα και στις έξι χώρες της Ευρώπης. Σύμφωνα πάντα με την έρευνα ανάμεσα στα παιδικά ατυχήματα, το ποδόσφαιρο είναι το άθλημα που ευθύνεται για το ένα τρίτο των ατυχημάτων αυτών (Belechri, 2002).

5.4 ΑΜΕΡΙΚΗ

Όσον αφορά τα παιδικά ατυχήματα που συμβαίνουν στην Αμερική, πραγματοποιήθηκε μία έρευνα το 2004 που αφορούσε το ποσοστό των θανάτων σε ακούσια ατυχήματα στις ηλικίες 0-14 ετών. Σε αυτή την έρευνα αναφέρεται το ποσοστό των θανάτων ανά 100.000 άτομα ανά χρόνο και αφορά τις τέσσερις γεωγραφικές περιοχές τις Αμερικής στις χρονικές περιόδους 1989-91 και 1996-98 (βλέπε πίνακα 5.4.α). Ακόμα στην έρευνα αναφέρονται και οι αιτίες θανάτου ανά γεωγραφική περιοχή στη διάρκεια της δεκαετίας 1989-98 (πίνακας 5.4.β). Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την έρευνα, στην Αμερική σαν σύνολο, οι θάνατοι από τα ακούσια παιδικά ατυχήματα φτάνουν στο 3,5% το χρόνο (Phillipakis, 2004).

Πίνακας 5.4.α. Ποσοστό θανάτων παιδικών ατυχημάτων (Αμερική).

Region	1989–91		1996–98		Percent annual decline of MR		
	Annual No of deaths	MR	Annual No of deaths	MR	Point estimate	95% CI	p Value
West	1571	12.8	1312	9.6	4.0	3.0 5.0	0.0001
Midwest	1735	13.2	1420	10.6	2.9	1.9 3.9	0.0005
South	3041	16.3	2653	13.1	3.1	2.3 3.9	0.0001
Northeast	985	9.8	673	6.4	5.7	4.9 6.6	0.0001
Total US	7332	13.5	6058	10.5	3.5	2.9 4.2	0.0001

Πίνακας 5.4.β. Αιτίες θανάτου ανά γεωγραφική περιοχή στη διάρκεια της δεκαετίας 1989-1998.

Table 2 Childhood (0–14 years) unintentional injury mortality rate (deaths per 100 000 person-years) according to the principal external cause of death in four major regions in the US during the 10 year period 1989–98

Region	Motor vehicle	Other transport	Poisoning	Fall	Fire/burn	Drowning/ submersion	Machinery	Firearm	Other	Total
West	5.0	0.3	0.2	0.2	0.8	2.1	0.1	0.3	2.3	11.3
Midwest	4.7	0.3	0.2	0.2	2.0	1.5	0.2	0.3	2.3	11.8*
South	6.3	0.3	0.2	0.2	2.0	2.4	0.1	0.5	2.5	14.5
Northeast	3.1	0.1	0.1	0.3	1.6	1.0	0.1	0.1	1.4	7.8
Total US	5.0	0.2	0.2	0.2	1.7	1.9	0.1	0.3	2.2	11.9*

*Minor discrepancies due to rounding errors.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Επιδημιολογικές παρατηρήσεις και στατιστικές μελέτες απέδειξαν ότι τα ατυχήματα της παιδικής ηλικίας αποτελούν τη συχνότερη αιτία θανάτου, μεταξύ των οποίων σημαντική θέση καταλαμβάνουν οι διάφορες τραυματικές κακώσεις. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία σε εθνικό επίπεδο για τη συχνότητα και τις επιμέρους κατηγορίες των παιδικών ατυχημάτων και ειδικότερα για τα ακούσια ατυχήματα ενώ ελάχιστα αναφέρονται για τη συχνότητα των εκούσιων ατυχημάτων καθώς δεν έχει αναπτυχθεί μία βάση δεδομένων παιδικών ατυχημάτων. **Σκοπός της μελέτης:** Η καταγραφή του αριθμού των παιδικών ατυχημάτων και η μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών αυτών, που συνέβησαν κατά την διάρκεια του έτους 2006 στους νομούς των Χανίων και του Ηρακλείου. **Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 4843 περιστατικά τα οποία προσήλθαν στα τμήματα των επειγόντων περιστατικών των προαναφερθέντων νοσοκομείων κ τα οποία αναφερόταν σε παιδιά ηλικίας 0-15 ετών. Από αυτά, 62,8% (3040) ήταν αγόρια, 35,9% (1737) κορίτσια ενώ σε 1,4% (66) δεν αναγραφόταν το φύλο. **Αποτελέσματα:** Οι ηλικίες των παιδιών που προσήλθαν στα δύο νοσοκομεία ήταν έως 1 έτους 1,8% (89), έως 4 ετών 25% (1210), έως 6 ετών 12% (583), έως 11 ετών 31,5% (1527) και πάνω από 11 ετών 29,6% (1434). Ο τόπος του ατυχήματος ήταν σπίτι 4% (195), δρόμος 4,6% (223), εκπαιδευτικό ίδρυμα 0,9% (42), αθλητική περιοχή 0,5% (23) ενώ σε ποσοστό 89,2% (4321) δεν αναφερόταν ο τόπος. Σε ποσοστό 73,3% των περιστατικών δεν αναφερόταν αν εμπλέκεται κινούμενο όχημα. Όσον αφορά τη βλάβη τα περισσότερα ήταν ανοιχτό τραύμα 32,8% (1589), επιφανειακή κάκωση δέρματος 32,5% (1574) και κάταγμα 9% (434) ενώ σε ποσοστό 3,4 % (167) αφορούσε πάνω από μία βλάβη. Όσον αφορά το μέρος σώματος τα περισσότερα ήταν πρόσωπο και κεφάλι 15,7% (760, 759 αντίστοιχα), καρπός και άκρο χέρι 16,2% (783), γόνατο και ποδοκνημική 14,5% (703), ποσοστό 10,4% ήταν απροσδιόριστο το μέρος ενώ ποσοστό 3,9% (188) αναφερόταν σε ύπαρξη βλάβης σε περισσότερα από ένα μέρος σώματος. **Συμπεράσματα:** Τα παιδικά ατυχήματα είναι συχνά, συχνότερα στα αγόρια (σχέση 2:1 περίπου). Ο συχνότερος τόπος ατυχήματος φαίνεται να είναι ο δρόμος ενώ ακολουθεί το σπίτι και το σχολείο. Όσον αφορά την αιτία ατυχημάτων η πτώση και το κόψιμο φαίνεται να είναι οι συχνότερες. Οι διάφορες κακώσεις είναι συνήθως ελαφριές ενώ ελάχιστα ήταν τα περιστατικά τα οποία χρειάστηκαν εισαγωγή.

6.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η περιγραφή της συχνότητας και των παραγόντων κινδύνου που χαρακτηρίζουν τα παιδικά ατυχήματα κατά το έτος 2006 στους δύο μεγαλύτερους νομούς της Κρήτης (Χανίων – Ηρακλείου), να προσδιοριστεί η συχνότητα του ατυχήματος, να δούμε τα χαρακτηριστικά των παιδιών: φύλο, ηλικία, την χρονική κατανομή, την εθνικότητα των παιδιών και τη σοβαρότητα των ατυχημάτων όπως αυτή προκύπτει από τα παιδιά που χρειάστηκαν νοσηλεία, στα παιδιά που δόθηκε φαρμακευτική αγωγή και αυτά στα οποία δόθηκαν μόνο πρώτες βοήθειες και οδηγίες. Να δούμε χαρακτηριστικά των κακώσεων: είδος σωματικής κάκωσης, τόπος ατυχήματος, αν εμπλέκεται κινούμενο όχημα στο ατύχημα. Επιπλέον να προσδιοριστούν οι παράγοντες κινδύνου και οι κυριότερες συνέπειες των ατυχημάτων και να διερευνηθεί η επίδραση της εποχής στην κατανομή του προβλήματος.

6.3 ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη βασισμένη στα αρχεία των επιλεγμένων νοσοκομείων. Για την διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκε η χρονική περίοδος από Ιανουάριο έως Δεκέμβριο του 2006. Θελήσαμε να μελετήσουμε τα ατυχήματα στη χρονική διάρκεια ενός έτους έτσι ώστε να συμπεριληφθούν η σχολική χρονική περίοδος καθώς και η διάρκεια των διακοπών του Πάσχα, των Χριστουγέννων και οι καλοκαιρινές διακοπές.

Για την συλλογή των δεδομένων επιλέχθηκαν για την περιοχή των Χανίων το Γενικό νοσοκομείο Αγίου Γεωργίου και για την περιοχή του Ηρακλείου το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Πα.Γ.Ν.Η.

Η λήψη των στοιχείων έγινε αναδρομικά και χρησιμοποιήθηκαν για το σκοπό αυτό τα αρχεία καταγραφής των εισερχομένων στο τμήμα επειγόντων του κάθε νοσοκομείου. Από τα έντυπα συλλογής στοιχείων των νοσοκομείων συλλέχθηκαν και καταγράφηκαν, αρχικά χειρόγραφα και εν συνεχεία σε βάση δεδομένων τα στοιχεία που αφορούσαν την μελέτη και αυτά ήταν: ημερομηνία επίσκεψης, ημερομηνία ατυχήματος, ώρα επίσκεψης και ώρα ατυχήματος, ηλικία, φύλο, εθνικότητα, είδος σωματικής κάκωσης, μηχανισμός, τόπος που συνέβη το ατύχημα, δραστηριότητα, αν εμπλέκεται κινούμενο όχημα στο ατύχημα, περιγραφή βλάβης, μέρος σώματος, θεραπευτική αντιμετώπιση και αν έγινε παραπομπή σε κάποιο νοσοκομείο. Η διάρκεια συλλογής των δεδομένων ήταν 6 εβδομάδες στο νοσοκομείο των Χανίων και 5 εβδομάδες στο νοσοκομείο του Ηρακλείου.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μετά από υποβολή και έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου στο συμβούλιο του τμήματος νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΠ) του Ανώτατου Τεχνολογικού και Επαγγελματικού Ιδρύματος (ΑΤΕΙ) Ηρακλείου Κρήτης και κατόπιν έγινε παροχή άδειας πρόσβασης στα αρχεία του κάθε νοσοκομείου. Για να δοθεί άδεια πρόσβασης στα αρχεία του κάθε νοσοκομείου έγινε υποβολή της έγκρισης της έρευνας από τη σχολή, της φόρμας καταγραφής ατυχημάτων καθώς και μιας αίτησης στην νοσηλευτική υπηρεσία του κάθε νοσοκομείου, η οποία συνυπογράφηκε από τους εκπονούντες την μελέτη και επιβεβαίωνε τους λόγους συλλογής των στοιχείων.

6.4 ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Το εργαλείο το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων ήταν ένα δελτίο καταγραφής ατυχημάτων MDS Minimum Data Sets for Injuries- MDSi. Η φόρμα αυτή καταγραφής παραχωρήθηκε μετά από επικοινωνία και έγγραφη αίτηση της ερευνητικής ομάδας στο Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ) (βλ. Παράρτημα Β).

Το MDSi δημιουργήθηκε από φορείς διαφόρων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης προκειμένου να συμβάλλει στην καταγραφή και επιτήρηση των ατυχημάτων. Βασίστηκε δε στα «International Classification of External Causes of Injuries (ICECI)» και στην κατηγοριοποίηση του «European Home and Leisure Accident Surveillance System (EHLASS)» και συνοδεύεται από κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή του.

6.5 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν όλες οι καταγεγραμμένες εγγραφές που βρέθηκαν στα αρχεία των τμημάτων επειγόντων των δύο νοσοκομείων που αναφέρονταν σε παιδιά ηλικίας 0-15 ετών.

6.6 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για το ΠαΓΝΗ χρειάστηκε να ελεγχθούν όλες οι καρτέλες εισαγωγής περιστατικών στο τμήμα επειγόντων της συγκεκριμένης περιόδου, να γίνει διαλογή αυτών που περιείχαν τις

ηλικίες 0-15 ετών και στη συνέχεια να καταγραφούν μια-μια σε βάση δεδομένων που δημιουργήθηκε για το σκοπό αυτό. Από τις καρτέλες αυτές συλλέχθηκαν για κάθε περιστατικό η ημερομηνία και ο χρόνος προσέλευσης στο τμήμα επειγόντων και όπου υπήρχε η ένδειξη η κλινική στην οποία παραπέμφθηκε το περιστατικό. Στοιχεία που αφορούν το είδος σωματικής κάκωσης, τον μηχανισμό, τον τόπο που συνέβη το ατύχημα, την δραστηριότητα του παιδιού την ώρα του ατυχήματος, αν εμπλέκεται κινούμενο όχημα στο ατύχημα, την περιγραφή της βλάβης, το μέρος του σώματος που υπέστη την βλάβη και την θεραπευτική αντιμετώπιση βρέθηκαν συμπληρωμένα για πολύ λίγες εγγραφές.

Για το νοσοκομείο του Αγίου Γεωργίου χρειάστηκε να βρεθούν τα μητρώα εισαγωγών ασθενών στις κλινικές του τμήματος των επειγόντων περιστατικών καθώς και δεν χρησιμοποιείται σύστημα με καρτέλες όπως στο Πα.Γ.Ν.Η. Χρησιμοποιήθηκαν τα μητρώα των κλινικών: Ορθοπαιδικό ιατρείο και Χειρουργικό ιατρείο. Από τα μητρώα συλλέχθηκαν το ονοματεπώνυμο, η ηλικία και η ημερομηνία προσέλευσης στο τμήμα επειγόντων καθώς και ο τύπος διαμονής του κάθε παιδιού για όλες τις περιπτώσεις και καταγράφηκε όποιο άλλο στοιχείο προέκυψε και αφορούσε πληροφορίες για το περιστατικό, πληροφορίες για τη βλάβη και όποια άλλη πληροφορία σχετική με το ατύχημα.

6.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι συνεχείς μεταβλητές (π.χ. ηλικία) εκφράστηκαν με τη μέση τιμή \pm τυπική απόκλιση ενώ οι διακριτές μεταβλητές με τη μορφή ποσοστών και εκατοστιαίων ποσοστών. Για την συσχέτιση των διακριτών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 . Το επίπεδο του 5% λήφθηκε σαν στατιστικά σημαντικό. Η στατιστική επεξεργασία και η ανάλυση των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS version 14 και το Microsoft Office Excel 2003.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με βάση τα αρχεία των εκτάκτων περιστατικών των νοσοκομείων Άγιος Γεώργιος και Πα.Γ.Ν.Η. βρέθηκαν 4843 περιστατικά τα οποία αναφέρονταν στις ηλικίες 0 – 15 ετών. Από αυτά τα 1976 (40,8%) εισήχθησαν στο νοσοκομείο του Αγίου Γεωργίου ενώ τα υπόλοιπα 2867 (59,2%) στο Πα.Γ.Ν.Η.

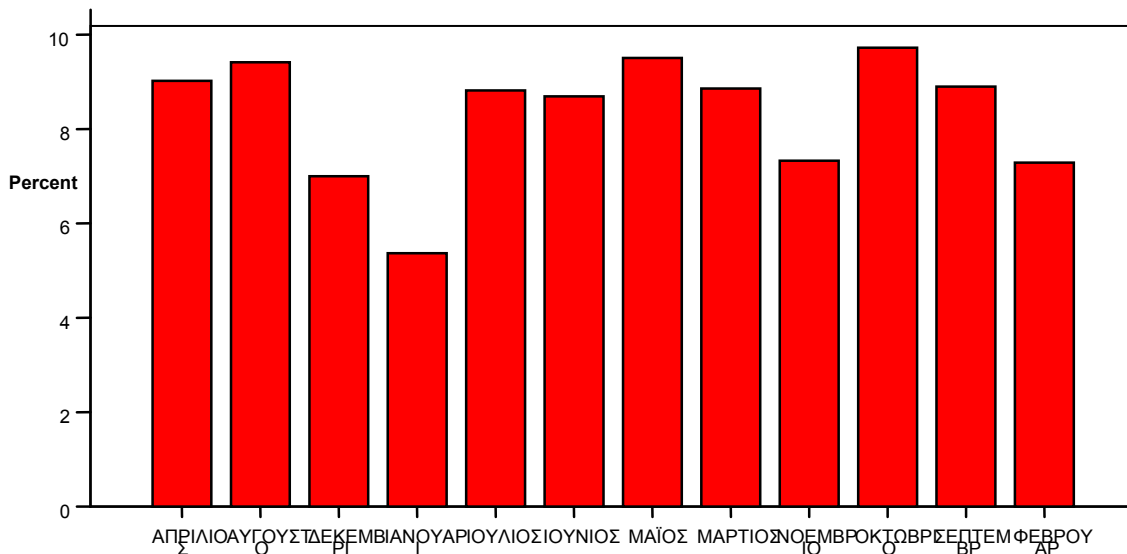
7.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Σε αυτό το κομμάτι αναφέρονται η συχνότητα των ατυχημάτων ανά μήνα, ανά νοσοκομείο, ανά ηλικία, ανά φύλο, η εθνικότητα των παιδιών, η μόνιμη περιοχή και η μόνιμη χώρα κατοικίας.

Πίνακας 7.1.1: Συχνότητα ατυχημάτων ανά μήνα.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	437	9,0	9,0	9,0
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	456	9,4	9,4	18,4
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	339	7,0	7,0	25,4
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	260	5,4	5,4	30,8
ΙΟΥΛΙΟΣ	427	8,8	8,8	39,6
ΙΟΥΝΙΟΣ	421	8,7	8,7	48,3
ΜΑΪΟΣ	464	9,6	9,6	57,9
ΜΑΡΤΙΟΣ	429	8,9	8,9	66,8
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	355	7,3	7,3	74,1
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	471	9,7	9,7	83,8
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	431	8,9	8,9	92,7
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	353	7,3	7,3	100,0
Total	4843	100,0	100,0	

Γράφημα 7.1.1: Συχνότητα ατυχημάτων ανά μήνα

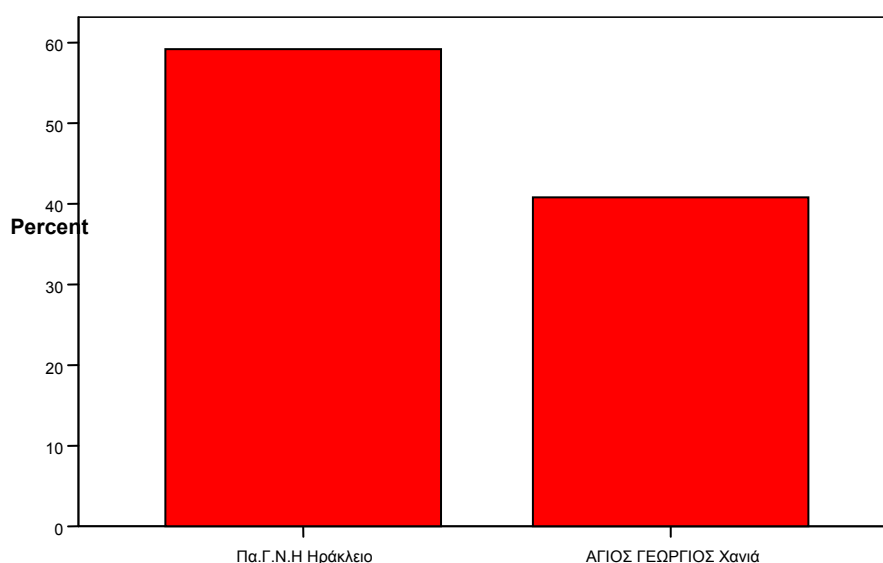


Σύμφωνα με τον πίνακα 7.1.1 και το γράφημα 7.1.1 οι μήνες με το μεγαλύτερο ποσοστό παιδικών ατυχημάτων είναι ο Οκτώβριος με ποσοστό 9,7%, ο Μάιος με 9,6%, και ο Αύγουστος με 9,4%. Αντίστοιχα ο μήνας με το μικρότερο ποσοστό παιδικών ατυχημάτων είναι ο Ιανουάριος με ποσοστό 5,4%. Αυτό μπορεί οφείλεται στο γεγονός ότι ο Ιανουάριος είναι χειμερινός μήνας και τα παιδιά βγαίνουν ελάχιστα για να παίξουν σε σχέση με το καλοκαίρι. Ειδικότερα για τα αγόρια ο μήνας με τα περισσότερα ατυχήματα ήταν ο Αύγουστος ενώ για τα κορίτσια ο Οκτώβρης. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα περισσότερα παιδικά ατυχήματα συνέβησαν μήνες σχολικής περιόδου. Επομένως συμπεραίνουμε πως πολλά είναι τα ατυχήματα τα οποία συμβαίνουν στο χώρο του σχολείου (ΚΕΠΠΑ, αχρονολόγητο, Γεωργιακώδης, 2004)). Όσον αφορά τον Αύγουστο το ποσοστό είναι αναμενόμενο διότι είναι περίοδος διακοπών οπότε και τα ατυχήματα αυξάνονται (Τσουμάκας, 2006). Τέλος είναι περίεργο το γεγονός ότι τους μήνες Ιούνιο και Ιούλιο τα ατυχήματα δεν είναι τόσο αυξημένα.

Πίνακας 7.1.2: Συχνότητα παιδικών ατυχημάτων ανά νοσοκομείο.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Πα.Γ.Ν.Η Ηράκλειο	2867	59,2	59,2	59,2
ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Χανιά	1976	40,8	40,8	100,0
Total	4843	100,0	100,0	

Γράφημα 7.1.2: Νοσοκομείο

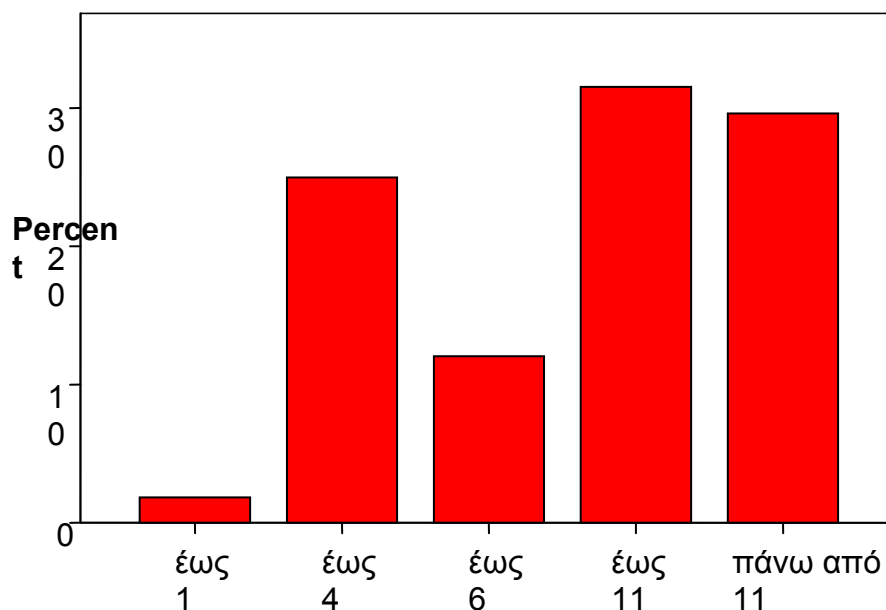


Σύμφωνα με τον πίνακα 7.1.2 και το γράφημα 7.1.2 το νοσοκομείο με το μεγαλύτερο ποσοστό παιδικών ατυχημάτων είναι το Πα.Γ.Ν.Η. στο Ηράκλειο με ποσοστό 59,2%, ενώ το νοσοκομείο Χανίων Αγ. Γεώργιος έχει ποσοστό 40,8%. Το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ηρακλείου εφημερεύει μέρα παρά μέρα, ενώ το νοσοκομείο των Χανίων εφημερεύει καθημερινά. Θα ήταν λοιπόν αναμενόμενο το νοσοκομείο με τα περισσότερα ατυχήματα να είναι των Χανίων. Αυτό δεν συμβαίνει διότι το Νοσοκομείο στο Ηράκλειο έχει παραπομπές και από άλλα υγειονομικά κέντρα εντός και εκτός της Κρήτης, καθώς διαθέτει εξειδικευμένα παιδιατρικά κέντρα όπως μονάδα παιδών και παιδοχειρουργική. Επιπλέον ο Νομός του Ηρακλείου είναι μεγαλύτερος από τον Νομό των Χανίων οπότε είναι λογικό να δέχεται περισσότερα περιστατικά. Τέλος ίσως η διαφορά αυτή να υποδηλώνει ότι στο νομό Χανίων γίνεται καλύτερο φιλτράρισμα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και αρκετά περιστατικά να αντιμετωπίζονται στα κέντρα υγείας ώστε να μην φτάνουν τελικά στο νοσοκομείο.

Πίνακας 7.1.3: Ηλικία.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
έως 1	89	1,8	1,8	1,8
έως 4	1210	25,0	25,0	26,8
έως 6	583	12,0	12,0	38,9
έως 11	1527	31,5	31,5	70,4
πάνω από 11	1434	29,6	29,6	100,0
Total	4843	100,0	100,0	

Γράφημα 7.1.3: Ηλικία



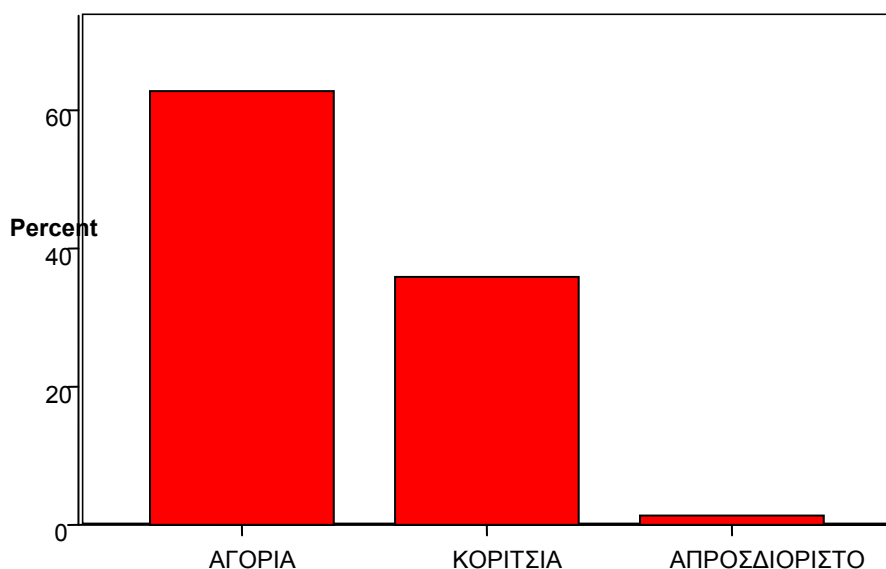
Από τον πίνακα 7.1.3 και το αντίστοιχο διάγραμμα οι ηλικίες με τα περισσότερα ατυχήματα είναι έως 11 χρονών με ποσοστό 31,5% ενώ ακολουθούν οι ηλικίες άνω των 11 χρονών και έως 4 χρόνων με ποσοστά 29,6% και 25% αντίστοιχα (Αναστασίου, 2003). Το μικρότερο ποσοστό 1,8% παρουσιάζουν τα παιδιά μέχρι 1 έτους (Petridou, 2005). Ο λόγος για τον οποίο τα παιδιά μέχρι 11 χρονών έχουν τα περισσότερα ατυχήματα είναι ότι τα παιδιά σε αυτές τις ηλικίες έχουν μειωμένη την αίσθηση του κινδύνου και είναι πιο απρόσεχτα. Όσον αφορά τα ατυχήματα στις ηλικίες άνω των 11, τα παιδιά σε αυτή την ηλικία είναι

παράτολμα και προσπαθούν να τραβήξουν το ενδιαφέρον και να φανούν δυνατά απέναντι στους φίλους τους με αποτέλεσμα να βάζουν τους εαυτούς τους σε διαδικασίες που έχουν πολλές φορές σαν αποτέλεσμα την πρόκληση ατυχημάτων. Όπως αναφέρθηκε η επόμενη ηλικιακή ομάδα με αυξημένο ποσοστό ατυχημάτων είναι οι ηλικίες έως 4 ετών. Σε αυτές τις ηλικίες έχουν ακόμη μειωμένο συντονισμό των κινήσεων τους ενώ δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη επαρκώς η αδρή κινητικότητα τους. Σε αντίθεση με την έρευνά μας σε έρευνα του ΚΕΠΑ το 2007 η οποία αφορούσε τα παιδικά ατυχήματα και τις αριθμητικές συνιστώσες αυτών για τα έτη 1992-2004 η ηλικιακή ομάδα η οποία είναι πιο επιρρεπής στα ατυχήματα είναι από 0-4 ετών ενώ οι ηλικίες 10-14 ακολουθούν σε ποσοστά ατυχημάτων.

Πίνακας 7.1.4: Συχνότητα ατυχημάτων ανά φύλο

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΓΟΡΙΑ	3039	62,8	62,8	62,8
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	1738	35,9	35,9	98,6
ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΟ	66	1,4	1,4	100,0
Total	4843	100,0	100,0	

Γράφημα 7.1.4: Συχνότητα ατυχημάτων ανά φύλο



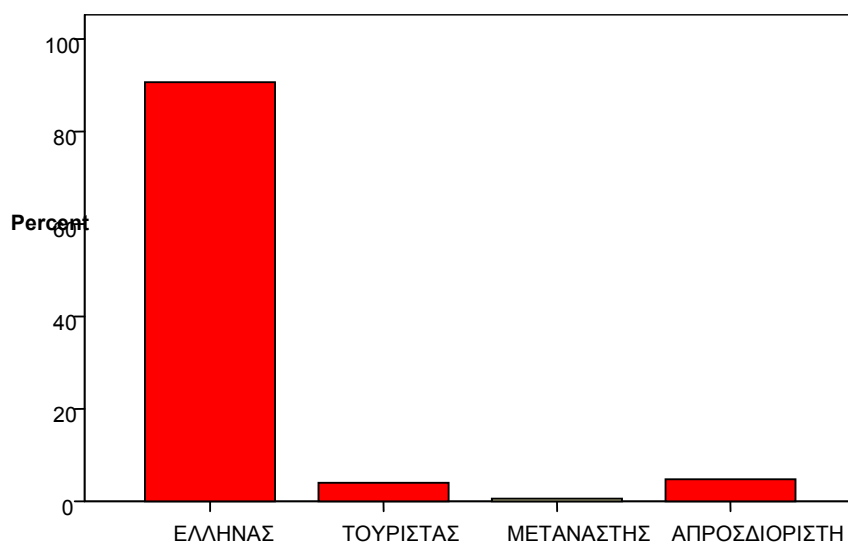
Σύμφωνα με τον πίνακα 7.1.4 και το αντίστοιχο διάγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό των ατυχημάτων παρουσιάζουν τα αγόρια με ποσοστό 62,8%. Αυτό φαίνεται και σε πολλές έρευνες οι οποίες έχουν γίνει (ΚΕΠΑ,2007, Ζιάκα και συν 2003, Αναστασίου, 2003,

Χαρασανάκης και συν, 2006, Petridou, 2005). Το ποσοστό αυτό οφείλεται στο ότι τα αγόρια είναι πολύ πιο δραστήρια από τα κορίτσια με αποτέλεσμα να φέρνουν πολλές φορές τον εαυτό τους αντιμέτωπο με μία κατάσταση η οποία μπορεί να προκαλέσει ατύχημα.

Πίνακας 7.1.5: Ποσοστό ατυχημάτων ανά εθνικότητα.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΈΛΛΗΝΑΣ	4390	90,6	90,6	90,6
ΤΟΥΡΙΣΤΑΣ	194	4,0	4,0	94,7
ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ	28	,6	,6	95,2
ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗ	231	4,8	4,8	100,0
Total	4843	100,0	100,0	

Γράφημα 7.1.5: Ποσοστό ατυχημάτων ανά εθνικότητα



Από τον πίνακα 7.1.5 και το γράφημα 7.1.5 οι Έλληνες συμμετέχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ατυχημάτων σε 4390 περιπτώσεις που αναλογεί σε ποσοστό 90,6% επί του συνόλου. Αυτό ήταν αναμενόμενο διότι η έρευνα έγινε στην Ελλάδα και ο αριθμός των ξένων είναι μικρός σε σχέση με τους Έλληνες.

Πίνακας 7.1.6: Συχνότητα ατυχημάτων ανά περιοχή μόνιμης κατοικίας.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΟ	45	,9	,9	,9
ΑΓΓΛΙΑ	10	,2	,2	1,1
ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	4	,1	,1	1,2
ΑΝΩΓΕΙΑ	2	,0	,0	1,3
ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙ	1	,0	,0	1,3
ΑΥΣΤΡΙΑ	1	,0	,0	1,3
ΓΑΛΛΙΑ	3	,1	,1	1,4
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	5	,1	,1	1,5
ΗΡΑΚΛΕΙΟ	2800	57,8	57,8	59,3
ΚΑΣΤΕΛΙ ΠΕΔΙΑΔΟΣ	2	,0	,0	59,3
ΛΟΝΔΙΝΟ	2	,0	,0	59,4
ΜΟΙΡΕΣ	2	,0	,0	59,4
ΝΕΑΠΟΛΗ	1	,0	,0	59,4
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	3	,1	,1	59,5
ΡΕΘΥΜΝΟ	9	,2	,2	59,7
ΣΗΤΕΙΑ	1	,0	,0	59,7
ΣΟΥΗΔΙΑ	1	,0	,0	59,7
ΧΑΝΙΑ	1949	40,2	40,2	100,0
ΧΑΡΑΚΑ	1	,0	,0	100,0
ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΣ	1	,0	,0	100,0
Total	4843	100,0	100,0	

Πίνακας 7.1.7: Ποσοστό ατυχημάτων ανά χώρα κατοικίας

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΟ	45	,9	,9	,9
ΑΓΓΛΙΑ	11	,2	,2	1,2
ΑΥΣΤΡΙΑ	1	,0	,0	1,2
ΓΑΛΛΙΑ	3	,1	,1	1,2
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	5	,1	,1	1,3
ΕΛΛΑΔΑ	4773	98,6	98,6	99,9
ΛΟΝΔΙΝΟ	1	,0	,0	99,9
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	3	,1	,1	100,0
ΣΟΥΗΔΙΑ	1	,0	,0	100,0
Total	4843	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τους πίνακες 7.1.6 και 7.1.7 πρώτη σε ποσοστό ατυχημάτων περιοχή κατοικίας φέρεται το Ηράκλειο ενώ ακολουθούν τα Χανιά με ποσοστά 57,8% και 40,2 αντίστοιχα ενώ η χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό ατυχημάτων είναι η Ελλάδα με ποσοστό 98,6%. Αυτό ήταν επόμενο αφού η έρευνα αφορούσε σε περιοχή της Ελλάδας.

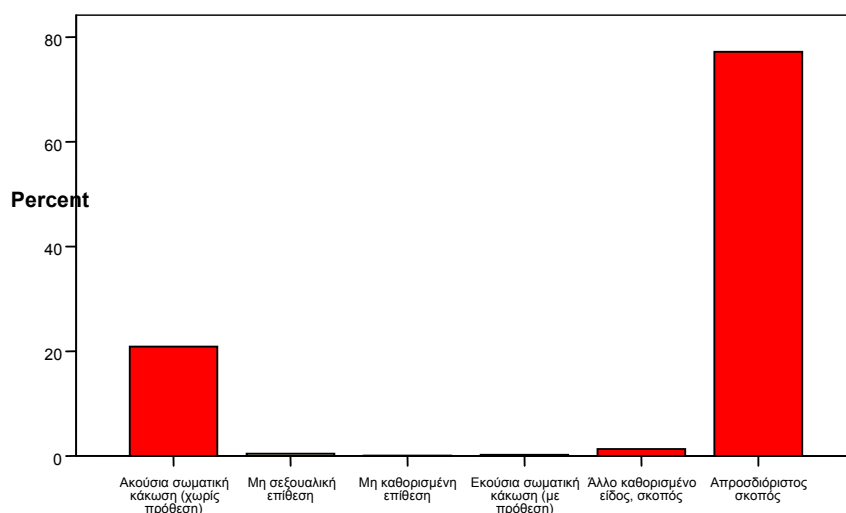
7.2 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Σε αυτό το κομμάτι αναφέρονται το είδος σωματικής κάκωσης, ο τόπος του ατυχήματος, η δραστηριότητα, αν εμπλέκεται κινούμενο όχημα στο ατύχημα, ο μηχανισμός, και το είδος άθλησης.

Πίνακας 7.2.1: Είδος σωματικής κάκωσης

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ακούσια σωματική κάκωση (χωρίς πρόθεση)	1006	20,8	20,9	20,9
Μη σεξουαλική επίθεση	20	,4	,4	21,3
Μη καθορισμένη επίθεση	2	,0	,0	21,3
Εκούσια σωματική κάκωση (με πρόθεση)	9	,2	,2	21,5
Άλλο καθορισμένο είδος, σκοπός	63	1,3	1,3	22,8
Απροσδιόριστος σκοπός	3723	76,9	77,2	100,0
Total	4823	99,6	100,0	
Αδυναμία ανάγνωσης καρτέλας	20	,4		
Total	4843	100,0		

Γράφημα 7.2.1: Είδος σωματικής κάκωσης



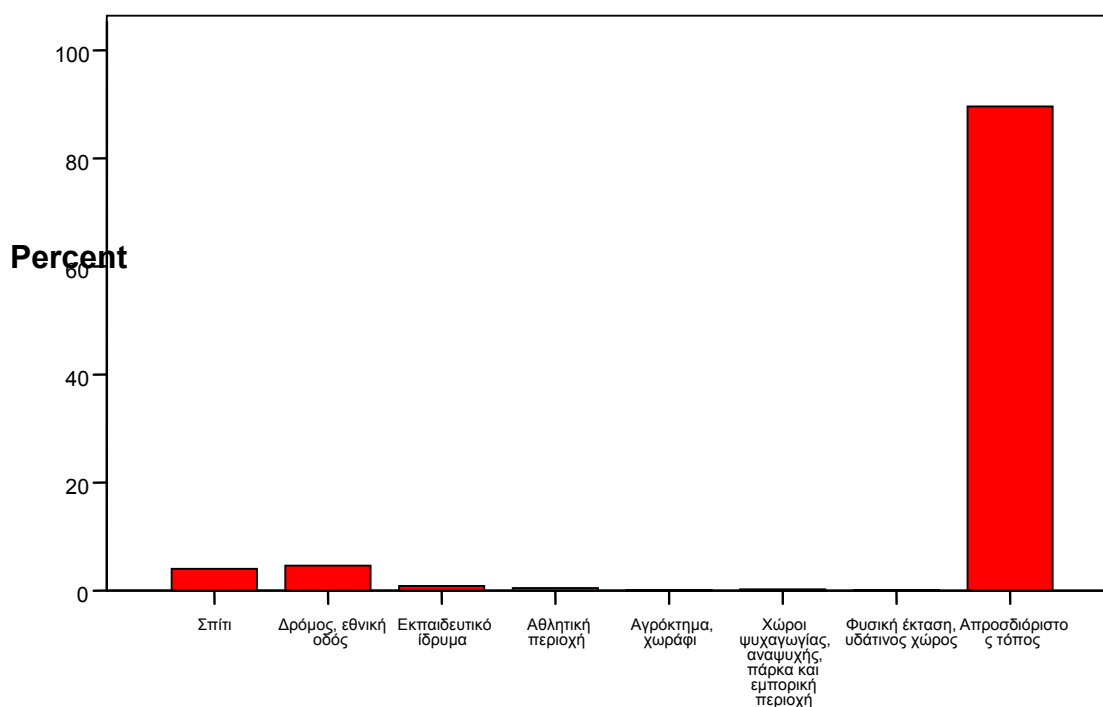
Σύμφωνα με τον πίνακα 7.2.1 και το παραπάνω διάγραμμα που αντιπροσέχει το είδος σωματικής κάκωσης το μεγαλύτερο ποσοστό ατυχημάτων δεν αναφερόταν στη κάκωση και αφορούσε ποσοστό 77,2% ή 3723 περιπτώσεις. Από τα περιστατικά που ανέφεραν το είδος

της κάκωσης το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε σε ακούσια σωματική κάκωση με ποσοστό 20,8% ενώ το μικρότερο αναφέρεται στη μη καθορισμένη επίθεση με 2 μόνο περιστατικά.

Πίνακας 7.2.2: Τόπος ατυχήματος

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σπίτι	195	4,0	4,0	4,0
Δρόμος, εθνική οδός	223	4,6	4,6	8,7
Εκπαιδευτικό ίδρυμα	42	,9	,9	9,5
Αθλητική περιοχή	23	,5	,5	10,0
Αγρόκτημα, χωράφι	1	,0	,0	10,0
Χώροι ψυχαγωγίας, αναψυχής, πάρκα και εμπορική περιοχή	12	,2	,2	10,3
Φυσική έκταση, υδάτινος χώρος	6	,1	,1	10,4
Απροσδιόριστος τόπος	4321	89,2	89,6	100,0
Total	4823	99,6	100,0	
Αδυναμία ανάγνωσης καρτέλας	20	,4		
Total	4843	100,0		

Γράφημα 7.2.2: Τόπος ατυχήματος

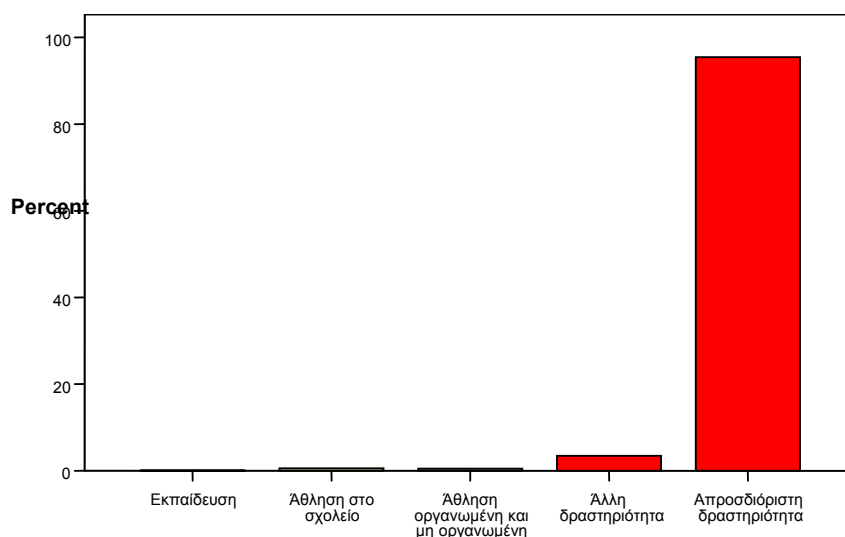


Το μεγαλύτερο ποσοστό ατυχημάτων δεν αναφερόταν στον τόπο του ατυχήματος και αφορούσε ποσοστό 89,2%. Από τα περιστατικά που αναφέρονταν τα περισσότερα έγιναν στο δρόμο και στο σπίτι με ποσοστά 4,6% και 4% αντίστοιχα όπως φαίνεται και από έρευνες (Τσουμάκας, 2006, Αναστασίου, 2003, Χαρασανάκης και συν, 2006) ενώ το μικρότερο ποσοστό αφορούσε σε αγρόκτημα, χωράφι με 1 περιστατικό.

Πίνακας 7.2.3: Ποσοστό παιδικών ατυχημάτων ανά δραστηριότητα.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Εκπαίδευση	2	,0	,0	,0
Άθληση στο σχολείο	27	,6	,6	,6
Άθληση οργανωμένη και μη οργανωμένη	23	,5	,5	1,1
Άλλη δραστηριότητα	166	3,4	3,4	4,5
Απροσδιόριστη δραστηριότητα	4605	95,1	95,5	100,0
Total	4823	99,6	100,0	
Αδυναμία ανάγνωσης καρτέλας	20	,4		
Total	4843	100,0		

Γράφημα 7.2.3: ποσοστό ατυχημάτων ανά δραστηριότητα



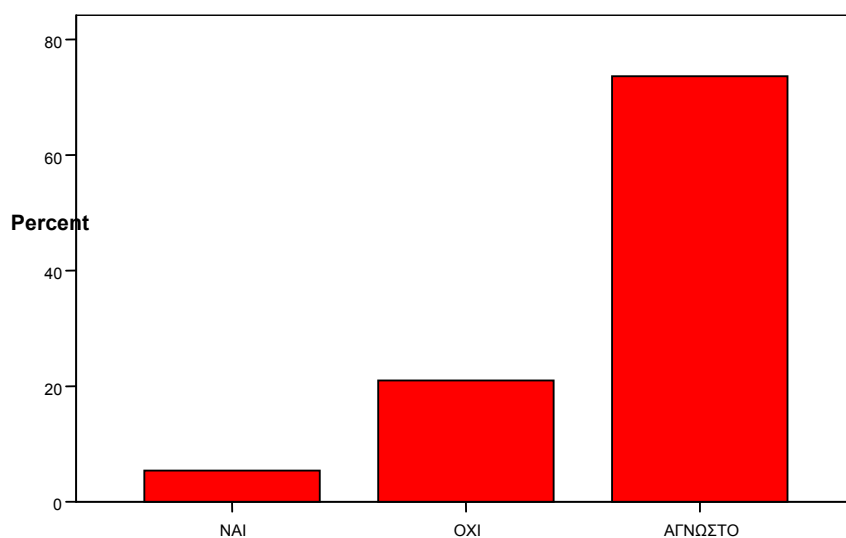
Σύμφωνα με τον πίνακα 7.2.3 και το παραπάνω γράφημα η δραστηριότητα με την οποία προκλήθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό παιδικών ατυχημάτων είναι απροσδιόριστη με ποσοστό 95,1%. Από τα περιστατικά που είναι γνωστά το μεγαλύτερο ποσοστό 3,4% αναφέρεται σε

άλλη δραστηριότητα, όπως παιχνίδι ή πτώση από την κούνια κατά την διάρκεια του ύπνου ενώ η δραστηριότητα με το μικρότερο ποσοστό είναι η εκπαίδευση με 2 μόνο περιστατικά (Αναστασίου, 2003).

Πίνακας 7.2.4: Εμπλεκόμενο κινούμενο όχημα.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	260	5,4	5,4	5,4
ΟΧΙ	1012	20,9	21,0	26,4
ΑΓΝΩΣΤΟ	3551	73,3	73,6	100,0
Total	4823	99,6	100,0	
Αδυναμία ανάγνωσης καρτέλας	20	,4		
Total	4843	100,0		

Γράφημα 7.2.4: Εμπλεκόμενο κινούμενο όχημα



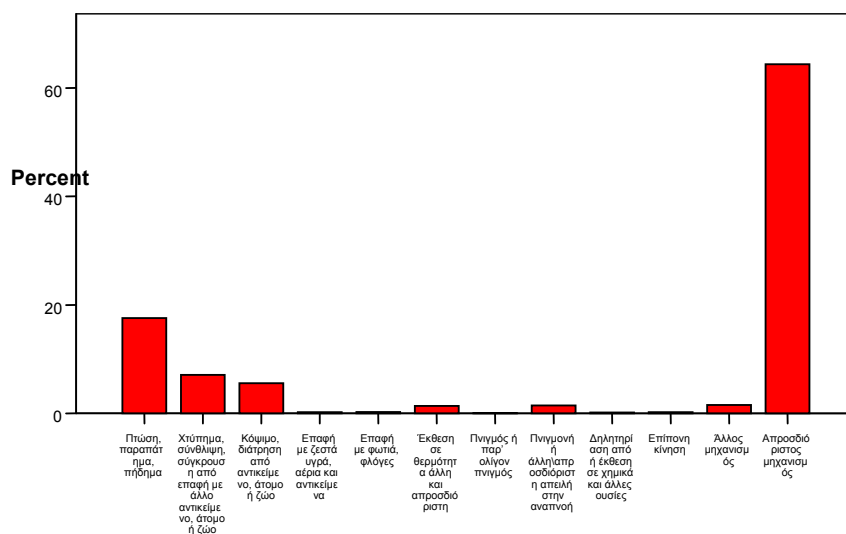
Σύμφωνα με τον πίνακα 7.2.4 και το αντίστοιχο διάγραμμα προκύπτει ότι μόνο το 5,4% είχε εμπλοκή με κινούμενο όχημα, ενώ στο 73,3% η πληροφορία ήταν ελλιπής. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί αναφέρουν ότι στην Ελλάδα είναι συχνά τα παιδικά τροχαία ατυχήματα (2 θάνατοι παιδιών την ημέρα) (Τσουμάκας, 2006). Στην έρευνά μας δεν συμπεραίνουμε κάτι τέτοιο και αυτό μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη στοιχείων στην

καταγραφή. Τα οχήματα στα οποία επέβαιναν οι ασθενείς ήταν κυρίως ποδήλατο σε 62 περιστατικά (Klimentoroulou, 2004), δίτροχο όχημα σε 40 περιστατικά, αυτοκίνητο σε 28 περιστατικά ενώ 32 περιστατικά ήταν πεζοί. Τα οχήματα με τα οποία συγκρούστηκαν αφορούσαν σε δίτροχο όχημα 8 περιστατικά, σε αυτοκίνητο 31 περιστατικά, ενώ σε φορτηγάκι-φορτηγό 1 περιστατικό.

Πίνακας 7.2.5: Μηχανισμός που σχετίζεται με το ατύχημα.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Πτώση, παραπάτημα, πήδημα	848	17,5	17,6	17,6
Χτύπημα, σύνθλιψη, σύγκρουση από επαφή με άλλο αντικείμενο, άτομο ή ζώο	343	7,1	7,1	24,7
Κόψιμο, διάτρηση από αντικείμενο, άτομο ή ζώο	269	5,6	5,6	30,3
Επαφή με ζεστά υγρά, αέρια και αντικείμενα	12	,2	,2	30,5
Επαφή με φωτιά, φλόγες	13	,3	,3	30,8
Έκθεση σε θερμότητα άλλη και απροσδιόριστη	66	1,4	1,4	32,2
Πνιγμός ή παρ' ολίγον πνιγμός	2	,0	,0	32,2
Πνιγμονή ή άλλη\απροσδιόριστη απειλή στην αναπνοή	70	1,4	1,5	33,7
Δηλητηρίαση από ή έκθεση σε χημικά και άλλες ουσίες	8	,2	,2	33,8
Επίπονη κίνηση	11	,2	,2	34,0
Άλλος μηχανισμός	76	1,6	1,6	35,6
Απροσδιόριστος μηχανισμός	3105	64,1	64,4	100,0
Total	4823	99,6	100,0	
Αδυναμία ανάγνωσης καρτέλας	20	,4		
Total	4843	100,0		

Γράφημα 7.2.5: Μηχανισμός που σχετίζεται με το ατύχημα

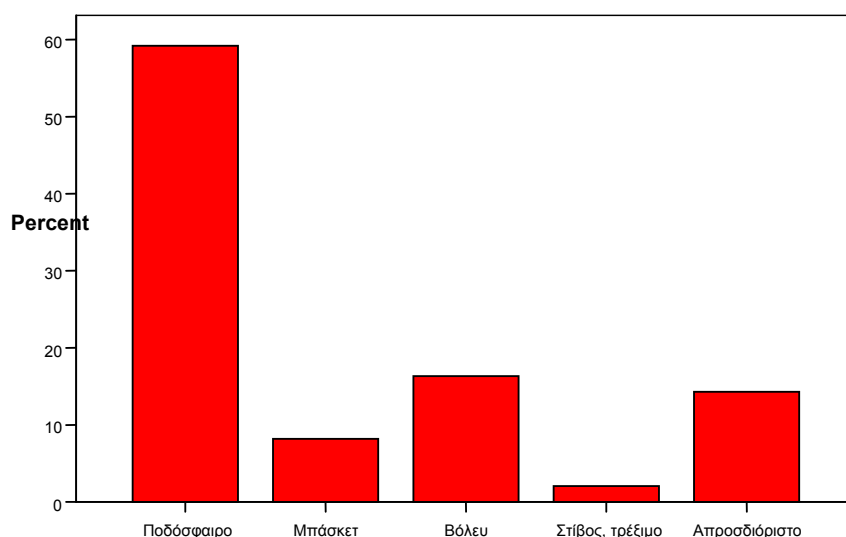


Σύμφωνα με τον πίνακα 7.2.5 και το αντίστοιχο διάγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό των ατυχημάτων δεν αναφερόταν στο μηχανισμό με τον οποίο προκλήθηκαν τα ατυχήματα με ποσοστό 64,1%. Από τα περιστατικά που αναφερόταν ο μηχανισμός τα περισσότερα αφορούσαν πτώση με ποσοστό 17,5% και ακολουθούσαν το χτύπημα-σύνθλιψη-σύγκρουση και το κόψιμο-διάτρηση με ποσοστά 7,1% και 5,6% αντίστοιχα ενώ ο μηχανισμός με το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί στον πνιγμό ή παρ' ολίγον πνιγμός με 2 μόνο περιστατικά. Πολλές έρευνες αναφέρονται στον μηχανισμό που σχετίζεται με το ατύχημα γενικά (Ζιάκα, 2003, Χαρασανάκης και συν, 2006, Αναστασίου, 2003, Petridou, 2003) αλλά και πολλές αφορούν τον πνιγμό ειδικά (ΚΕΠΑ, 2007β). Όσον αφορά τον πνιγμό η έρευνά μας δεν συμβαδίζει με την έρευνα του ΚΕΠΑ η οποία αναφέρει πως για κάθε θάνατο εκτιμάται ότι νοσηλεύονται για «παρ ολίγο» πνιγμό 9 παιδιά ενώ άλλα 11 εξετάζονται από γιατρούς των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Ο λόγος που τα περιστατικά πνιγμού είναι τόσο λίγα μπορεί οφείλεται στην έλλειψη στοιχείων στην καταγραφή μας, στην πρόληψη του πνιγμού στην Κρήτη.

Πίνακας 7.2.6: Αθλήματα.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποδόσφαιρο	29	,6	59,2	59,2
Μπάσκετ	4	,1	8,2	67,3
Βόλεϋ	8	,2	16,3	83,7
Στίβος, τρέξιμο	1	,0	2,0	85,7
Απροσδιόριστο	7	,1	14,3	100,0
Total	49	1,0	100,0	
Κανένα	4794	99,0		
Total	4843	100,0		

Γράφημα 7.2.6: Αθλήματα



Σύμφωνα με τον πίνακα 7.2.6 και το αντίστοιχο διάγραμμα το άθλημα με το οποίο προκλήθηκαν τα περισσότερα ατυχήματα είναι το ποδόσφαιρο με ποσοστό 6%, κάτι που φαίνεται και σε πολλές έρευνες καθώς το ποδόσφαιρο είναι από τα πιο δημοφιλή αθλήματα (Χαρασανάκης και συν, 2006, Belechri, 2002). Όταν διαχωρίσαμε τα περιστατικά ανα φύλο το ποδόσφαιρο παρέμεινε (όπως ήταν αναμενόμενο) το βασικό άθλημα στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια το βασικό άθλημα ήταν το βόλεϋ. Τέλος το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί στον στίβο με ένα μόνο περιστατικό ενώ σε αυτόν τον πίνακα δεν περιλαμβάνεται η ποδηλασία σαν άθλημα καθώς έχει αναφερθεί προηγουμένως στα τροχαία ατυχήματα.

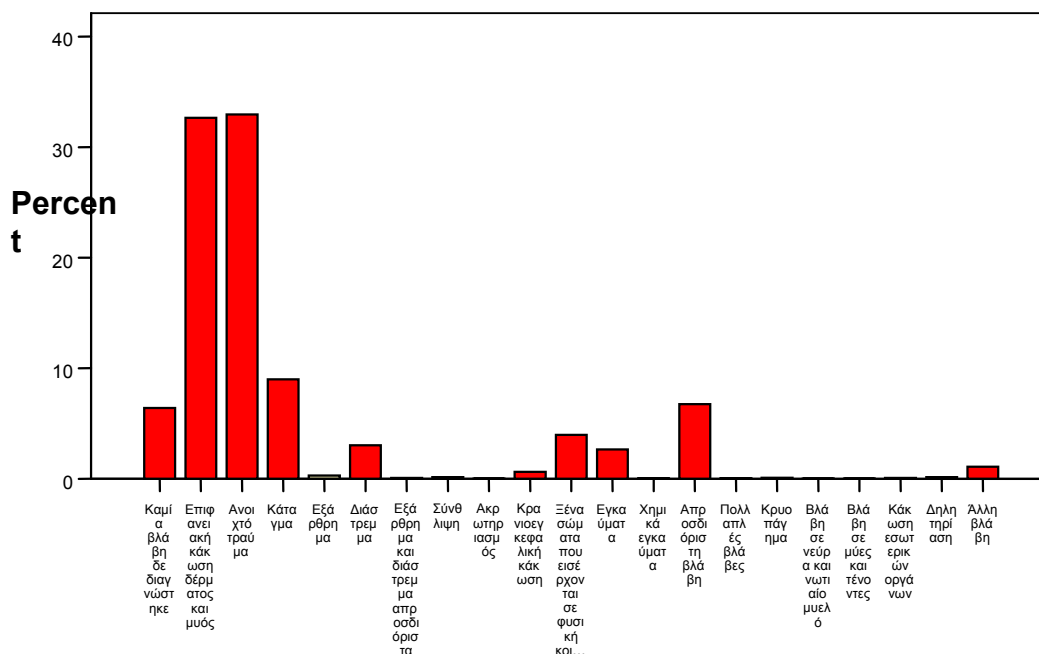
7.3 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Σε αυτό το κομμάτι αναφέρονται η περιγραφή της βλάβης (βλάβη 1, βλάβη 2, βλάβη 3, βλάβη 4), το μέρος του σώματος που έπαθε την κάκωση (μέρος 1, μέρος 2, μέρος 3, μέρος 4), την θεραπευτική αντιμετώπιση του ατυχήματος και την παραπομπή του παιδιού που έπαθε το ατύχημα.

Πίνακας 7.3.1: Περιγραφή βλάβης 1

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καμία βλάβη δε διαγνώστηκε	309	6,4	6,4	6,4
Επιφανειακή κάκωση δέρματος και μύς	1574	32,5	32,6	39,0
Ανοιχτό τραύμα	1589	32,8	32,9	72,0
Κάταγμα	434	9,0	9,0	81,0
Εξάρθρημα	14	,3	,3	81,3
Διάστρεμμα	146	3,0	3,0	84,3
Εξάρθρημα και διάστρεμμα απροσδιόριστα	3	,1	,1	84,4
Σύνθλιψη	7	,1	,1	84,5
Ακρωτηριασμός	1	,0	,0	84,5
Κρανιοεγκεφαλική κάκωση	30	,6	,6	85,2
Ξένα σώματα που εισέρχονται σε φυσική κοιλότητα	191	3,9	4,0	89,1
Εγκαύματα	128	2,6	2,7	91,8
Χημικά εγκαύματα	2	,0	,0	91,8
Απροσδιόριστη βλάβη	325	6,7	6,7	98,5
Πολλαπλές βλάβες	2	,0	,0	98,6
Κρυοπάγημα	4	,1	,1	98,7
Βλάβη σε νεύρα και νωτιαίο μυελό	1	,0	,0	98,7
Βλάβη σε μύες και τένοντες	1	,0	,0	98,7
Κάκωση εσωτερικών οργάνων	3	,1	,1	98,8
Δηλητηρίαση	7	,1	,1	98,9
Άλλη βλάβη	52	1,1	1,1	100,0
Total	4823	99,6	100,0	
Αδυναμία ανάγνωσης καρτέλας	20	,4		
Total	4843	100,0		

Γράφημα 7.3.1: Περιγραφή βλάβης 1



Ο πίνακας 7.3.1 και το παραπάνω γράφημα μας δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό όσον αφορά την βασική βλάβη στα παιδιά αναφέρεται σε ανοιχτό τραύμα με ποσοστό 32,8% ενώ ακολουθούν η επιφανειακή κάκωση δέρματος και μύος με 32,5% και τα κατάγματα με ποσοστό 9%. Αρκετά ήταν τα περιστατικά στα οποία δεν διαγνώστηκε τελικά καμία βλάβη (ποσοστό 6,4%), επίσης αρκετά ήταν αυτά όπου ξένα σώματα εισέρχονται σε φυσική κοιλότητα (ποσοστό 3,9%). Ο μικρότερος αριθμός ατυχημάτων με 1 περιστατικό το καθένα οφείλεται σε βλάβη νεύρων και νωτιαίου μυελού, ακρωτηριασμό και βλάβη σε τένοντες και μύες. Πολλές έρευνες αναφέρονται σε περιγραφή βλάβης στα παιδικά ατυχήματα (Ζιάκα και συν, 2003, Χαρασανάκης και συν ,2006, Αναστασίου, 2003, Petridou, 2003, Petridou, 2000). Επίσης όταν συσχετίστηκε η ηλικία με το είδος της βλάβης βρέθηκε ότι τα άτομα ηλικίας <4 ετών παρουσίαζαν περισσότερο επιφανειακά τραύματα ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες όπως και στο αγόρια υπήρχαν κυρίως ανοικτά τραύματα ($p < 0.05$).

Πίνακας 7.3.2: Περιγραφή βλάβης 2

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καμία βλάβη δε διαγνώστηκε	12	,2	7,2	7,2
Επιφανειακή κάκωση δέρματος και μύος	51	1,1	30,5	37,7
Ανοιχτό τραύμα	36	,7	21,6	59,3
Κάταγμα	24	,5	14,4	73,7
Εξάρθρωμα	2	,0	1,2	74,9
Διάστρεμμα	13	,3	7,8	82,6
Σύνθλιψη	2	,0	1,2	83,8
Ξένα σώματα που εισέρχονται σε φυσική κοιλότητα	4	,1	2,4	86,2
Εγκαύματα	8	,2	4,8	91,0
Απροσδιόριστη βλάβη	5	,1	3,0	94,0
Κρυστάλλωμα	1	,0	,6	94,6
Βλάβη σε μύες και τένοντες	1	,0	,6	95,2
Δηλητηρίαση	2	,0	1,2	96,4
Άλλη βλάβη	6	,1	3,6	100,0
Total	167	3,4	100,0	
Όχι δεύτερη βλάβη	4676	96,6		
Total	4843	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 7.3.2 από τις 4843 περιπτώσεις μόνο 167 (3,4%) αναφέρονται σε ύπαρξη δεύτερης βλάβης. Το μεγαλύτερο ποσοστό 1,1% αντιστοιχεί στην επιφανειακή κάκωση δέρματος και μύος και ακολουθεί το ανοιχτό τραύμα με ποσοστό 0,7% ενώ το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί σε διάφορες βλάβες, όπως διάστρεμμα, κρυστάλλωμα, σύνθλιψη και βλάβες σε τένοντες και μύες με ένα ή δύο περιστατικά το κάθε ένα. Μία έρευνα της Πετρίδου το 2003 στην Ελλάδα αναφέρεται στην ύπαρξη παραπάνω από μία βλάβης σε παιδικό ατύχημα (Petridou, 2003).

Πίνακας 7.3.3: Περιγραφή βλάβης 3

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καμία βλάβη δε διαγνώστηκε	4	,1	21,1	21,1
Επιφανειακή κάκωση δέρματος και μυός	10	,2	52,6	73,7
Ανοιχτό τραύμα	3	,1	15,8	89,5
Κάταγμα	1	,0	5,3	94,7
Εγκαύματα	1	,0	5,3	100,0
Total	19	,4	100,0	
Όχι τρίτη βλάβη	4824	99,6		
Total	4843	100,0		

Από τον πίνακα 7.3.3 προκύπτει πως από τις 4843 περιπτώσεις 19 (0,2%) αναφέρονται σε τρίτη βλάβη με μεγαλύτερο ποσοστό να αφορά βλάβη η οποία οφείλεται σε επιφανειακή κάκωση δέρματος και μυός με 10 περιστατικά ενώ το μικρότερο ποσοστό με 1 μόνο περιστατικό για το καθένα, οφείλεται σε κατάγματα και εγκαύματα.

Πίνακας 7.3.4: Περιγραφή βλάβης 4.

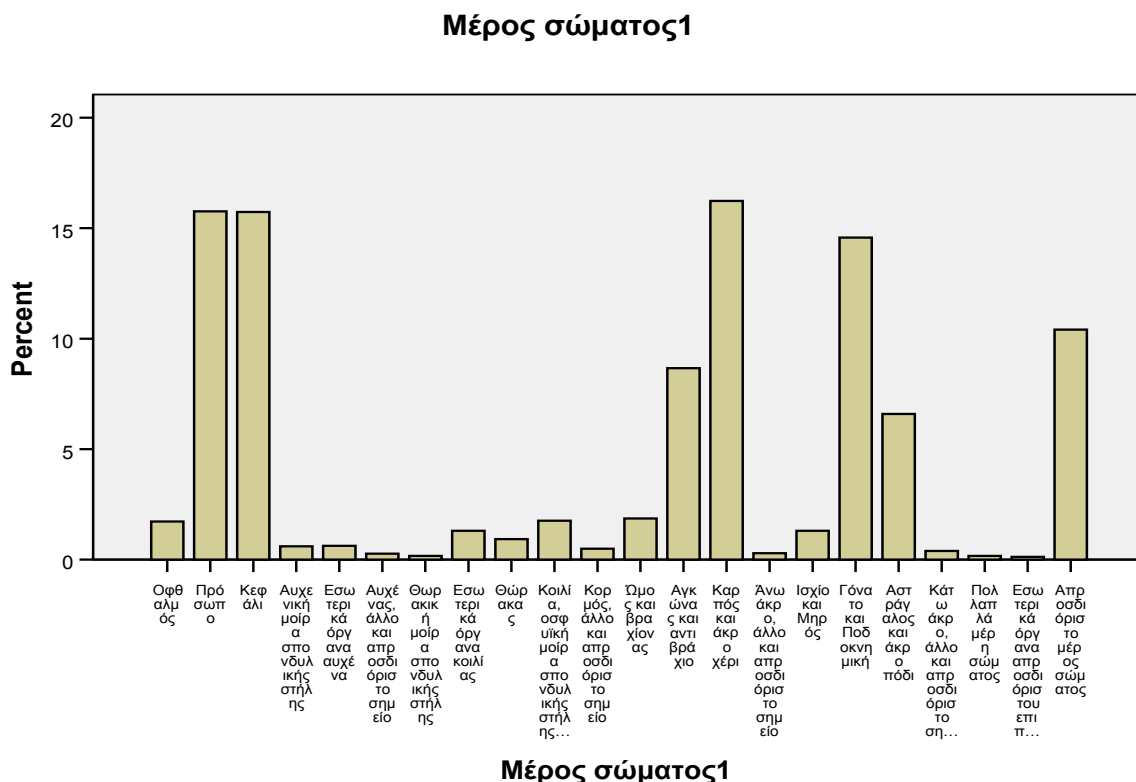
Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Επιφανειακή κάκωση δέρματος και μυός	2	,0	66,7	66,7
Ανοιχτό τραύμα	1	,0	33,3	100,0
Total	3	,1	100,0	
Όχι τέταρτη βλάβη	4840	99,9		
Total	4843	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 7.3.4 από τις 4843 περιπτώσεις αναφέρονται με ποσοστό 0.1% δηλαδή 3 περιπτώσεις με παρουσία τέταρτης βλάβης και αφορούν οι 2 περιπτώσεις επιφανειακή κάκωση δέρματος ενώ η μία αφορά ανοιχτό τραύμα.

Πίνακας 7.3.5: Μέρος σώματος 1

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Οφθαλμός	83	1,7	1,7	1,7
Πρόσωπο	760	15,7	15,8	17,5
Κεφάλι	759	15,7	15,7	33,2
Αυχενική μοίρα σπονδυλικής στήλης	29	,6	,6	33,8
Εσωτερικά όργανα αυχένα	30	,6	,6	34,4
Αυχέννας, άλλο και απροσδιόριστο σημείο	13	,3	,3	34,7
Θωρακική μοίρα σπονδυλικής στήλης	8	,2	,2	34,9
Εσωτερικά όργανα κοιλίας	63	1,3	1,3	36,2
Θώρακας	45	,9	,9	37,1
Κοιλία, οσφυϊκή μοίρα σπονδυλικής στήλης, κάτω ράχη και πύελος	85	1,8	1,8	38,9
Κορμός, άλλο και απροσδιόριστο σημείο	24	,5	,5	39,4
Ώμος και βραχίονας	90	1,9	1,9	41,2
Αγκώνα και αντιβράχιο	418	8,6	8,7	49,9
Καρπός και άκρο χέρι	783	16,2	16,2	66,1
Άνω άκρο, άλλο και απροσδιόριστο σημείο	14	,3	,3	66,4
Ισχίο και Μηρός	63	1,3	1,3	67,7
Γόνατο και Ποδοκνημική	703	14,5	14,6	82,3
Αστράγαλος και άκρο πόδι	318	6,6	6,6	88,9
Κάτω άκρο, άλλο και απροσδιόριστο σημείο	19	,4	,4	89,3
Πολλαπλά μέρη σώματος	8	,2	,2	89,5
Εσωτερικά όργανα απροσδιόριστου επιπέδου	6	,1	,1	89,6
Απροσδιόριστο μέρος σώματος	502	10,4	10,4	100,0
Total	4823	99,6	100,0	
Αδυναμία ανάγνωσης καρτέλας	20	,4		
Total	4843	100,0		

Γράφημα 7.3.5: Μέρος σώματος 1



Σύμφωνα με τον πίνακα 7.3.5 και το αντίστοιχο διάγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό 16,2% αντιστοιχεί στο καρπός και άκρο χέρι και περιλάμβανε κατάγματα, θλαστικά τραύματα, κακώσεις, εγκαύματα και ακολουθούν το πρόσωπο και το κεφάλι με ποσοστά 15,7% και για τα δύο μέρη. Εξίσου πολλά περιστατικά έχει το γόνατο και ποδοκνημική και ο αγκώνας και το αντιβράχιο με ποσοστά 14,5% και 8,6% αντίστοιχα. Το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί σε εσωτερικά όργανα απρσοδιόριστου επιπέδου με 6 περιστατικά (Ζιάκα, 2003, Χαρασανάκης, αχρονολόγητο, Αναστασίου, 2003, Petridou, 2003). Επίσης φάνηκε με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.05$) ότι τα αγόρια ήταν πιο επιρρεπή σε τραύματα σε καφάλι και χέρια. Επίσης όταν συσχετίστηκε η ηλικία με το μέρος του σώματος που έπασχε βρέθηκε ότι τα άτομα ηλικίας < 4 ετών παρουσίαζαν περισσότερα τραύματα στο πρόσωπο και το κεφάλι, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες υπήρχε υψηλή συμμετοχή και των άνω (κυρίως) άκρων ($p < 0.05$).

Πίνακας 7.3.6: μέρος σώματος 2.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Οφθαλμός	1	,0	,5	,5
Πρόσωπο	11	,2	5,9	6,4
Κεφάλι	31	,6	16,5	22,9
Αυχενική μοίρα σπονδυλικής στήλης	3	,1	1,6	24,5
Αυχένας, άλλο και απροσδιόριστο σημείο	1	,0	,5	25,0
Εσωτερικά όργανα κοιλίας	3	,1	1,6	26,6
Θώρακας	6	,1	3,2	29,8
Κοιλία, οσφυϊκή μοίρα σπονδυλικής στήλης, κάτω ράχη και πύελος	14	,3	7,4	37,2
Κορμός, άλλο και απροσδιόριστο σημείο	1	,0	,5	37,8
Ωμος και βραχίονας	6	,1	3,2	41,0
Αγκώνα και αντιβράχιο	14	,3	7,4	48,4
Καρπός και άκρο χέρι	28	,6	14,9	63,3
Ισχίο και Μηρός	7	,1	3,7	67,0
Γόνατο και Ποδοκνημική	36	,7	19,1	86,2
Αστράγαλος και άκρο πόδι	24	,5	12,8	98,9
Κάτω άκρο, άλλο και απροσδιόριστο σημείο	2	,0	1,1	100,0
Total	188	3,9	100,0	
Όχι βλάβη σε δεύτερο μέλος	4655	96,1		
Total	4843	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 7.3.6 ατυχήματα με βλάβη σε δεύτερο μέρος έγιναν σε 188 περιπτώσεις (3,9%) με το μεγαλύτερο ποσοστό βλάβης 0,7% και αντιστοιχεί στο γόνατο και ποδοκνημική, ενώ το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί σε βλάβες στον οφθαλμό, στον αυχένα, στον κορμό και στα κάτω άκρα και στον κορμό χωρίς να προσδιορίζεται το σημείο της βλάβης με μία ή δύο περιπτώσεις το καθένα.

Πίνακας 7.3.7: Μέρος σώματος 3.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Κεφάλι	1	,0	4,5	4,5
Ωμος και βραχίονας	3	,1	13,6	18,2
Αγκώνα και αντιβράχιο	2	,0	9,1	27,3
Καρπός και άκρο χέρι	8	,2	36,4	63,6
Ισχίο και Μηρός	3	,1	13,6	77,3
Γόνατο και Ποδοκνημική	5	,1	22,7	100,0
Total	22	,5	100,0	
Όχι βλάβη σε τρίτο μέλος	4821	99,5		
Total	4843	100,0		

Στον πίνακα 7.3.7 φαίνεται πως σε ποσοστό 0,5% δηλαδή σε 22 περιστατικά έχουμε

παρουσία βλάβης σε τρίτο μέλος με το μεγαλύτερο ποσοστό 0,2% να αντιστοιχεί σε βλάβες στον καρπό και στο άκρο χέρι σε 8 περιπτώσεις, ενώ το μικρότερο ποσοστό να αντιστοιχεί στο κεφάλι, στον αγκώνα και αντιβράχιο σε μία ή δύο περιπτώσεις στο καθένα.

Πίνακας 7.3.8: μέρος σώματος 4.

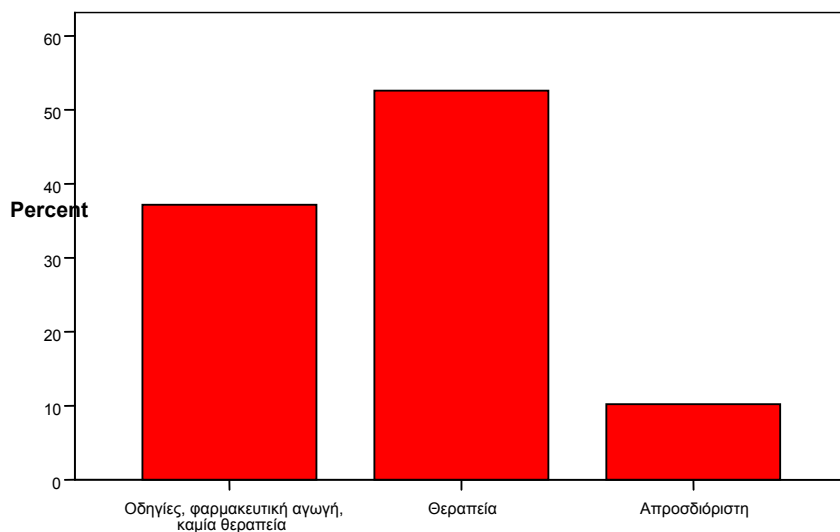
Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Κεφάλι	1	,0	33,3	33,3
Καρπός και άκρο χέρι	1	,0	33,3	66,7
Ισχίο και Μηρός	1	,0	33,3	100,0
Total	3	,1	100,0	
Όχι βλάβη σε τέταρτο μέλος	4840	99,9		
Total	4843	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 7.3.8 σε ποσοστό 0,1% και μόλις 3 περιπτώσεις είχαμε βλάβη σε τέταρτο μέρος και αφορούν βλάβες στο κεφάλι, στον καρπό και στο άκρο χέρι, καθώς και στο ισχίο και στον μηρό.

Πίνακας 7.3.9: Θεραπευτική αντιμετώπιση παιδικών ατυχημάτων

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Οδηγίες, φαρμακευτική αγωγή, καμία θεραπεία	1793	37,0	37,2	37,2
Θεραπεία	2537	52,4	52,6	89,8
Απροσδιόριστη	493	10,2	10,2	100,0
Total	4823	99,6	100,0	
Αδυναμία ανάγνωσης καρτέλας	20	,4		
Total	4843	100,0		

Γράφημα 7.3.9: Θεραπευτική αντιμετώπιση παιδικών ατυχημάτων

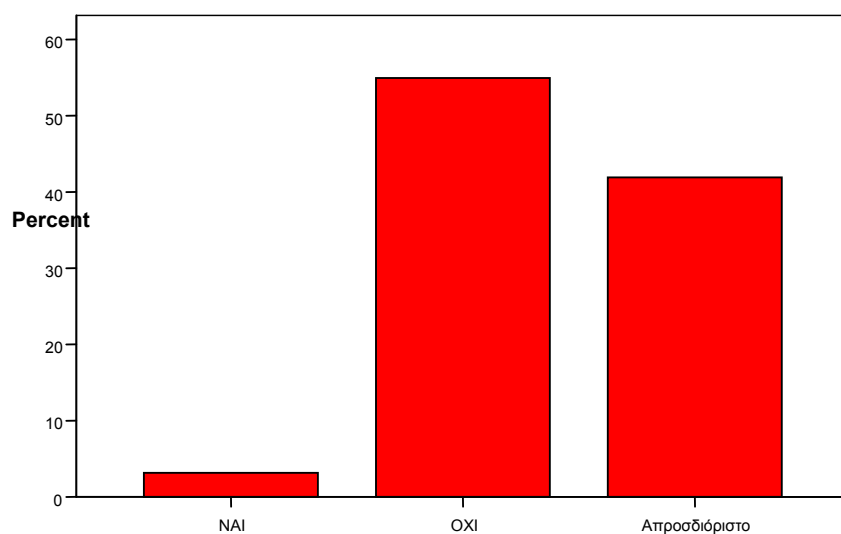


Από τον πίνακα 7.3.9 και το παραπάνω διάγραμμα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 52,4% αντιστοιχεί στην θεραπεία, ακολουθούν οι οδηγίες, φαρμακευτική αγωγή με ποσοστό 37% ενώ μόνο το 10,2% δεν προσδιόριζε την θεραπευτική αντιμετώπιση των ατυχημάτων. Οι πιο συχνές θεραπείες των ατυχημάτων ήταν ο καθαρισμός, η συρραφή θλαστικών τραυμάτων και η τοποθέτηση νάρθηκα ή γύψου στα κατάγματα και τις κακώσεις (Αναστασίου, 2003).

Πίνακας 7.3.10: Μεταφορά παιδιών σε άλλο νοσοκομείο.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	152	3,1	3,2	3,2
ΟΧΙ	2650	54,7	54,9	58,1
Απροσδιόριστο	2021	41,7	41,9	100,0
Total	4823	99,6	100,0	
Αδυναμία ανάγνωσης καρτέλας	20	,4		
Total	4843	100,0		

Γράφημα 7.3.10: Μεταφορά παιδιών σε άλλο νοσοκομείο



Από τον πίνακα 7.3.10 και το αντίστοιχο διάγραμμα προκύπτει ότι το 54,7% (που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό) των παιδιών δεν έχει μεταφερθεί σε άλλο νοσοκομείο. Το 41,7% είναι απροσδιόριστο, ποσοστό αρκετά μεγάλο και μας δείχνει ότι υπάρχουν αρκετές ελλείψεις στην καταγραφή των παιδικών ατυχημάτων. Τέλος μόνο το 3,1% των παιδιών έχει μεταφερθεί σε άλλο νοσοκομείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

8.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια καταγραφής των παιδικών ατυχημάτων κατά το έτος 2006 στην περιοχή των Χανίων και του Ηρακλείου. Η μελέτη έγινε αναδρομικά χρησιμοποιώντας τα μητρώα των δύο νοσοκομείων που εξυπηρετούν τους πολίτες των περιοχών ως αντιπροσωπευτικές πηγές των θυμάτων και των χαρακτηριστικών τους. Η μελέτη επιβεβαίωσε για μία ακόμα φορά την έκταση του κοινωνικού αυτού προβλήματος σε τοπικό αλλά και εθνικό επίπεδο καθώς και το τεράστιο πρόβλημα καταγραφής των ατυχημάτων στην χώρα μας, διαπιστώνοντας ελλείψεις στην συμπλήρωση στοιχείων και ποικιλομορφία στους τρόπους εγγραφής. Οι παραλείψεις στον τρόπο καταγραφής έχουν σαν συνέπεια την λάθος εκτίμηση του προβλήματος και σαν απόρροια την αδυναμία αξιολόγησης όποιων μέτρων λαμβάνονται από τους υπεύθυνους φορείς για την μείωση των παιδικών ατυχημάτων. Θα έπρεπε να υπήρχε ένα κοινό σύστημα γραφής και συλλογής δεδομένων σε κάθε νοσοκομείο έτσι ώστε να υπάρχει μία ομοιομορφία στην καταγραφή.

Οι στατιστικές πληροφορίες χρειάζονται για να φανεί που και πως έγινε το ατύχημα, ποιες είναι οι πιο ευαίσθητες ηλικίες, οι συνθήκες υπό τις οποίες έγινε το ατύχημα. Για να είναι δυνατή η σύγκριση των δεδομένων σε τοπικό και εθνικό και διακρατικό επίπεδο είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενιαίου συστήματος καταγραφής και χρήση ενιαίας ορολογίας.

Η ανάγκη για δημιουργία βάσης δεδομένων όπου θα καταγράφονται όλα τα παιδικά ατυχήματα και τα χαρακτηριστικά αυτών είναι γενικά παραδεκτή. Η χρήση αξιόπιστων στοιχείων και η ανάλυση αυτών θα αποτελούν το κλειδί στην λήψη κατάλληλων μέτρων για την μείωση των παραγόντων κινδύνου των παιδικών ατυχημάτων.

Στην μελέτη αυτή, ο βαθμός αξιοπιστίας των στοιχείων δεν είναι δυνατό να ελεγχθεί καθώς δεν υπάρχει σύστημα επιτήρησης παιδικών ατυχημάτων και η συμπλήρωση στοιχείων που αφορά τα παιδικά ατυχήματα υπόκειται στην προαίρεση κάθε εφημερεύοντα ιατρού. Συνεπώς με βάση την κατάσταση αυτή αναφέρουμε τα ακόλουθα:

1. Διατηρούνται διαφορετικά έντυπα καταγραφής στο κάθε νοσοκομείο (παράρτημα). Τα στοιχεία που συλλέγονται είναι διαφορετικά για το κάθε σύστημα και η καταγραφή δεν είναι υποχρεωτική, ούτε οι παραλήψεις υπόκεινται σε έλεγχο.
2. Δεν είναι δυνατό να βρεθεί ο ακριβής αριθμός των θυμάτων που εισήχθησαν σε κλινική, καθώς δεν αναγράφεται πάντα στο μητρώο η κλινική εισαγωγής και δεν

κρατείται στα αρχεία του τμήματος επειγόντων αντίγραφο της καρτέλας εισαγωγής. Η διασταύρωση από αρχεία κλινικών δεν είναι εφικτή διότι οι εγγραφές στα μητρώα των κλινικών γίνονται με βάση τη διάγνωση και όχι την αιτία.

3. Οι ασθενείς με ονόματα που δεν είναι Ελληνικά συχνά αναγράφονται ως αλλοδαποί χωρίς στοιχεία για την εθνικότητά τους και χωρίς να γίνεται διαχωρισμός σε τουρίστες και μετανάστες.
4. Δεν υπάρχει ατομικός κωδικός εγγραφής για κάθε ασθενή με αποτέλεσμα να είναι πολύ δύσκολη η ανεύρεση διπλοεγγραφών όπως στην περίπτωση των θυμάτων που από το ένα νοσοκομείο έγινε παραπομπή στο άλλο.
5. Η ώρα προσέλευσης στο τμήμα επειγόντων συμπληρώνεται μόνο στις καρτέλες του Πα.Γ.Ν.Η.
6. Η συμπλήρωση των στοιχείων των ατυχημάτων γίνεται χειρόγραφα από κάθε εφημερεύοντα ιατρό με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία στην ανάγνωση των γραμμάτων με αποτέλεσμα σε ορισμένα περιστατικά κάποια στοιχεία να μην καταγραφώκαν.
7. Οι νεκροί από παιδικό ατύχημα των οποίων ο θάνατος επισυνέβη στο χώρο του ατυχήματος κάποιες φορές μεταφέρονται στο τμήμα Ιατροδικαστικής (απαιτείται νεκροτομή) χωρίς προηγουμένως να περάσουν από το τμήμα επειγόντων.

Συνέπεια αυτής της διαδικασίας είναι να μην μπορεί να εκτιμηθεί η συχνότητα των θανάτων από το τμήμα επειγόντων παρά μόνο από τα στοιχεία του τμήματος Ιατροδικαστικής.

Η ανάλυση των δεδομένων παρά το γεγονός ότι τα αποτελέσματα δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά φανερώνει στοιχεία για τη συχνότητα και τα χαρακτηριστικά των παιδικών ατυχημάτων στις περιοχές των νομών Χανίων και Ηρακλείου. Η κατανομή των περιστατικών στο χρόνο φανερώνει αυξημένη συχνότητα τους μήνες Οκτώβριο με ποσοστό 9,7%, Μάιος με 9,6%, και Αύγουστος με 9,4% ενώ ακολουθούν οι μήνες και Απρίλιος και Σεπτέμβριος με ποσοστά 9% και 8,9% αντίστοιχα. Ο Σεπτέμβριος και ο Οκτώβριος αποτελούν τους πρώτους μήνες της σχολικής χρονιάς και καθώς πολλά είναι τα ατυχήματα που συμβαίνουν στα σχολεία (ΚΕΠΠΑ, αχρονολόγητο, Τσουμάκας, 2006) εξηγείται το γεγονός της αυξημένης συχνότητας την χρονική αυτή περίοδο. Όσον αφορά τους μήνες

Απρίλιο, Μάιο και Αύγουστο οι δύο πρώτοι είναι μέσα στις διακοπές του Πάσχα και δεδομένου ότι τότε ανοίγει ο καιρός πολλά είναι τα ατυχήματα που συμβαίνουν και κυρίως εκτός σπιτιού (Τσουμάκας, 2006). Μιλώντας για τον Αύγουστο είναι ο κατά κύριο λόγο ο μήνας των διακοπών όπου πολλά είναι τα ατυχήματα που συμβαίνουν τότε (Τσουμάκας, 2006).

Ως προς την ηλικιακή κατανομή του δείγματος τα παιδιά των ηλικιών 7-11 χρόνων φαίνεται να είναι η πιο ευπαθής ηλικιακή ομάδα με ποσοστό 31,5% και ο αριθμός των περιστατικών αυτών φτάνει στα 1527 παιδιά ενώ ακολουθούν τα παιδιά από 11 ετών και πάνω με ποσοστό 29,6% (Αναστασίου, 2003). Αυτό είναι λογικό αν αναλογιστούμε ότι σε αυτές τις ηλικίες τα παιδιά ξεφεύγουν από τα όρια του σπιτιού, καθώς κυκλοφορούν μόνα στο δρόμο είτε ως πεζοί είτε με το ποδήλατο (Κlimentopoulou, 2004) και παίρνουν μέρος σε οργανωμένα αθλήματα και επομένως είναι πιο επιρρεπείς στα ατυχήματα (Χαρασανάκης και συν, 2006, Belechri, 2002). Αυξημένη ωστόσο συχνότητα στα παιδικά ατυχήματα αποτελούν και οι ηλικιακές ομάδες από 2 έως τεσσάρων ετών με ποσοστό 25%. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στη συγκεκριμένη περίοδο της ζωής του το παιδί διακατέχεται από περιέργεια, ζωηρότητα, άγνοια κινδύνου και επιπλέον η σωματική και η διανοητική διάπλασή του είναι τέτοια που δεν το προστατεύουν από τους κινδύνους που το διακατέχουν. Σε αντίθεση με την έρευνά μας σε έρευνα του ΚΕΠΑ το 2007 η οποία αφορούσε τα παιδικά ατυχήματα και τις αριθμητικές συνιστώσες αυτών για τα έτη 1992-2004 η ηλικιακή ομάδα η οποία ήταν πιο επιρρεπής στα ατυχήματα ήταν από 0-4 ετών ενώ οι ηλικίες 10-14 ακολουθούν σε ποσοστά ατυχημάτων. Όσον αφορά το φύλο των παιδιών τα αγόρια είναι αυτά που παρουσιάζουν τα περισσότερα ατυχήματα καθώς είναι από την φύση τους πιο ζωηρά. Αυτό μπορούμε να το διακρίνουμε σε πολλές έρευνες (ΚΕΠΑ,2007, Ζιάκα και συν 2003, Αναστασίου, 2003, Χαρασανάκης και συν, 2006).

Καθώς η έρευνά μας αφορούσε περιοχές της Ελλάδας είναι λογικό τα περισσότερα ατυχήματα να αφορούσαν Έλληνες με ποσοστό 90,6%. Και καθώς αφορούσε τις περιοχές των Χανίων και του Ηρακλείου ήταν φυσικό τα περισσότερα από τα ατυχήματα που καταγραφήκαν να ήταν σε αυτές τις πόλεις. Για την περιοχή του Ηρακλείου αναφέρονται 2800 περιστατικά ενώ για τα Χανιά 1949 με ποσοστά 59,2% και 40,8% αντίστοιχα. Το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ηρακλείου εφημερεύει μέρα παρά μέρα, ενώ το νοσοκομείο των Χανίων εφημερεύει καθημερινά. Επομένως θα ήταν αναμενόμενο το νοσοκομείο με τα περισσότερα ατυχήματα να είναι αυτό των Χανίων. Αυτό δεν συμβαίνει καθότι το

Νοσοκομείο στο Ηράκλειο έχει παραπομπές και από άλλα υγειονομικά κέντρα εντός και εκτός της Κρήτης, αφού διαθέτει εξειδικευμένα παιδιατρικά κέντρα όπως μονάδα παιδών και παιδοχειρουργική. Επιπλέον ο Νομός του Ηρακλείου είναι μεγαλύτερος από τον Νομό των Χανίων οπότε είναι λογικό να δέχεται περισσότερα περιστατικά. Τέλος ίσως η διαφορά αυτή να υποδηλώνει ότι στο νομό Χανίων γίνεται καλύτερο φιλτράρισμα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και αρκετά περιστατικά να αντιμετωπίζονται στα κέντρα υγείας ώστε να μην φτάνουν τελικά στο νοσοκομείο.

Αρκετές όμως είναι και οι γύρω περιοχές από τις οποίες κατέφθαναν περιστατικά στα δύο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης. Κάποιες από αυτές είναι το Ρέθυμνο, ο Άγιος Νικόλαος, τα Ανώγεια, οι Μοίρες, το Καστέλι Πεδιάδος, η Νεάπολη, η Σητεία και άλλες. Δεδομένου ότι η έρευνά μας αφορούσε και καλοκαιρινούς μήνες πολλά ήταν τα άτομα του εξωτερικού που ενώ έκαναν τις διακοπές τους στην Ελλάδα, επισκεφτήκαν τα δύο νοσοκομεία. Οι χώρες από τις οποίες προέρχονταν τα άτομα αυτά ήταν η Αγγλία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Αυστρία, η Νορβηγία και η Σουηδία. Τέλος πολλά περιστατικά αναφέρονταν και σε μετανάστες οι οποίοι έμεναν στην Κρήτη εκείνο το διάστημα που αφορά η έρευνά μας.

Στοιχεία σχετικά με το είδος των σωματικών κακώσεων των παιδικών ατυχημάτων αναφέρονταν σε 1100 (ή 22,8%) περιπτώσεις ενώ στις υπόλοιπες 3743 (ή 77,2%) δεν προσδιοριζόταν. Από αυτές τις 1100 οι 1006 αναφέρονταν σε ακούσια σωματική κάκωση με ποσοστό 20,8%. Οι υπόλοιπες 94 (ή 2,8%) κακώσεις αφορούσαν μη σεξουαλικές επιθέσεις, εκούσιες σωματικές κακώσεις, μη καθορισμένες επιθέσεις κ άλλο καθορισμένο είδος και σκοπό κάκωσης. Τα περισσότερα ατυχήματα συνέβησαν στο δρόμο (223) (ή 4,6%) ενώ ακολουθούν τα ατυχήματα που συνέβησαν στο σπίτι (195) (ή 4%) και εν συνεχεία τα ατυχήματα που συνέβησαν στο σχολείο (42) και σε αθλητικές περιοχές (23) με ποσοστά 0,9% και 0,5% αντίστοιχα ενώ σε 4341 (ή 89,2%) περιπτώσεις δεν αναφερόταν ο τόπος του ατυχήματος. Επιπλέον 12 (ή 0,2%) από τα ατυχήματα συνέβησαν σε χώρους ψυχαγωγίας και πάρκα ενώ 6 (ή 0,1%) ατυχήματα συνέβησαν σε υδάτινο χώρο. Αν και τα δεδομένα δεν είναι επαρκή αφού σε αρκετά περιστατικά τα στοιχεία είναι ελλιπή βλέπουμε πως τα περισσότερα ατυχήματα έγιναν στο δρόμο και στο σπίτι όπως αναφέρεται και σε άλλες έρευνες (Τσουμάκας, 2006, Χαρασανάκης και συν, 2006, Αναστασίου, 2003).

Όσον αφορά τη δραστηριότητα των παιδιών κατά τη διάρκεια του ατυχήματος λίγες είναι οι περιπτώσεις στις οποίες αναφερόταν με ποσοστό μόλις 4,5% και αφορούσε κατά κύριο λόγο κάποια δραστηριότητα μέσα στο σπίτι, άθληση στο σχολείο ή σε οργανωμένη αθλητική

δραστηριότητα. Τα κύρια αθλήματα ήταν το ποδόσφαιρο στο οποίο αναφέρεται και το μεγαλύτερο ποσοστό 0,6% (Belechri, 2002), το βόλει και το μπάσκετ με ποσοστά 0,2% και 0,1% ενώ ακολουθεί και ο στίβος με μόλις 1 περιστατικό (Χαρασανάκης και συν, 2006). Επιπλέον το 5,4% ή 260 περιπτώσεις είχαν εμπλοκή με κινούμενο όχημα, ενώ στο 73,3% η πληροφορία ήταν ελλιπής. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί αναφέρονται ότι στην Ελλάδα είναι συχνά τα παιδικά τροχαία ατυχήματα (2 θάνατοι παιδιών την ημέρα) (Τσουμάκας, 2006). Στην έρευνά μας δεν συμπεραίνουμε κάτι τέτοιο και αυτό μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη στοιχείων κατά την καταγραφή. Τα οχήματα στα οποία επέβαιναν οι ασθενείς ήταν κυρίως ποδήλατο σε 62 (ή 1,3%) περιστατικά (Klimentopoulou, 2004), δίκροχο όχημα σε 40 (ή 0,8%) περιστατικά, αυτοκίνητο σε 28 (ή 0,6%) περιστατικά ενώ 35 (ή 0,7%) περιστατικά ήταν πεζοί. Τα οχήματα με τα οποία συγκρούστηκαν αφορούσαν σε δίκροχο όχημα 8 (ή 0,2%) περιστατικά, σε αυτοκίνητο 31 (ή 0,6%) περιστατικά, ενώ σε φορτηγάκι-φορτηγό 1 μόνο περιστατικό.

Όσον αφορά τον μηχανισμό με τον οποίο συνέβη το κάθε ατύχημα δεν αναφερόταν σε 3105 περιστατικά με ποσοστό 64,1% ενώ αναφέρεται σε 1718 (ή 35,6%) περιστατικά.. Από τα περιστατικά που αναφερόταν ο μηχανισμός τα περισσότερα αφορούσαν πτώση με ποσοστό 17,5% και ακολουθούσαν το χτύπημα-σύνθλιψη-σύγκρουση και το κόψιμο-διάτρηση με ποσοστά 7,1% και 5,6% αντίστοιχα ενώ ο μηχανισμός με το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί στον πνιγμό ή παρ' ολίγον πνιγμός με 2 μόνο περιστατικά. Πολλές έρευνες αναφέρονται στον μηχανισμό που σχετίζεται με το ατύχημα γενικά (Ζιάκα, 2003, Χαρασανάκης και συν, 2006, Αναστασίου, 2003, Petridou, 2003) αλλά και πολλές αφορούν τον πνιγμό ειδικά (ΚΕΠΑ, 2007β). Όσον αφορά τον πνιγμό η έρευνά μας δεν συμβαδίζει με την έρευνα του ΚΕΠΑ η οποία αναφέρει πως για κάθε θάνατο εκτιμάται ότι νοσηλεύονται για «παρ ολίγο» πνιγμό 9 παιδιά ενώ άλλα 11 εξετάζονται από γιατρούς των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Ο λόγος που τα περιστατικά πνιγμού είναι τόσο λίγα μπορεί οφείλεται στην έλλειψη στοιχείων στην καταγραφή μας, στην πρόληψη του πνιγμού καθώς και στην επιτήρηση των θαλασσών από ναυαγοσώστες.

Σχετικά με την περιγραφή βλάβης τα περισσότερα ατυχήματα αφορούσαν ανοιχτό τραύμα με ποσοστό 32,8% (ή 1589 περιστατικά) ενώ ακολουθούν η επιφανειακή κάκωση δέρματος και μυός με 32,5% (ή 1574) και τα κατάγματα με ποσοστό 9% (ή 434). Αρκετά ήταν τα περιστατικά στα οποία δεν διαγνώστηκε τελικά καμία βλάβη (ποσοστό 6,4%) καθώς και αυτά όπου ξένα σώματα εισέρχονται σε φυσική κοιλότητα (ποσοστό 3,9%). Επίσης κάποια

περιστατικά αφορούσαν διαστρέμματα, εγκαύματα, εξάρθρηματα, σύνθλιψη, πολλαπλές βλάβες, δηλητηρίαση ενώ σε 325 (ή 6,7%) περιστατικά δεν αναφερόταν η βλάβη. Ο μικρότερος αριθμός ατυχημάτων με 1 περιστατικό το καθένα οφείλεται σε βλάβη νεύρων και νωτιαίου μυελού, ακρωτηριασμό και βλάβη σε τένοντες και μύες. Πολλές είναι οι έρευνες οι οποίες αναφέρονται σε περιγραφή βλάβης στα παιδικά ατυχήματα (Ζιάκα και συν, 2003, Χαρασανάκης και συν, 2006, Αναστασίου, 2003, Petridou, 2003, Petridou, 2000). Σε ποσοστό 3,4% (ή 167 περιστατικά) παρουσιάστηκε δεύτερη βλάβη με μεγαλύτερο ποσοστό να αφορά την επιφανειακή κάκωση δέρματος και μύος με 1,1%. Σε ποσοστό 0,4% (ή 19 περιστατικά) παρουσιάστηκε τρίτη βλάβη με μεγαλύτερο ποσοστό να αφορά επίσης την επιφανειακή κάκωση δέρματος και μύος σε 10 περιστατικά (ή 0,2%). Τέλος σε ποσοστό 0,1% με 3 μόλις περιστατικά παρουσιάστηκε τέταρτη βλάβη και αφορούσαν τα δύο επιφανειακή κάκωση δέρματος και μύος και το τρίτο αφορούσε ανοιχτό τραύμα.

Σχετικά με το μέρος του σώματος στο οποίο προκλήθηκε η βλάβη το μεγαλύτερο ποσοστό 16,2% (ή 783 περιστατικά) αντιστοιχεί στον καρπό και άκρο χέρι και περιλάμβανε κατάγματα, θλαστικά τραύματα, κακώσεις και εγκαύματα και ακολουθούν το πρόσωπο και το κεφάλι με ποσοστό 15,7% και αριθμό περιστατικών 760 και 759 αντίστοιχα. Εξίσου πολλά περιστατικά έχει το γόνατο και ποδοκνημική και ο αγκώνας και το αντιβράχιο με ποσοστά 14,5% (ή 703) και 8,6% (ή 418) αντίστοιχα. Άλλα ατυχήματα αφορούσαν τον οφθαλμό, εσωτερικά όργανα κοιλιάς, κοιλιά-οσφυϊκή μοίρα σπονδυλικής στήλης-κάτω ράχη-πύελος, ώμος και βραχίονας ενώ σε 502 (ή 10,4%) περιστατικά δεν αναφέρονταν στο μέρος του σώματος που έπαθε το ατύχημα. Το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί σε εσωτερικά όργανα απροσδιόριστου επιπέδου με 6 μόλις περιστατικά (Ζιάκα, 2003, Χαρασανάκης, αχρονολόγητο, Αναστασίου, 2003, Petridou, 2003). Σε ποσοστό 3,9% (ή 188 περιστατικά) παρουσιάστηκε βλάβη σε δεύτερο μέρος του σώματος με μεγαλύτερο ποσοστό να αφορά το γόνατο και ποδοκνημική με 0,7%. Σε ποσοστό 0,5% (ή 22 περιστατικά) παρουσιάστηκε βλάβη σε τρίτο μέρος με μεγαλύτερο ποσοστό να αφορά τον καρπό και άκρο χέρι σε μόλις 8 περιστατικά (ή 0,2%). Τέλος σε ποσοστό 0,1% με 3 μόλις περιστατικά παρουσιάστηκε βλάβη σε τέταρτο μέρος και αφορούσαν το κεφάλι, τον καρπό και άκρο χέρι και το ισχίο και μηρό.

Όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση σε ποσοστό 52,4% ή σε 2537 περιστατικά δόθηκε θεραπεία, σε ποσοστό 37% ή σε 1793 περιστατικά δόθηκαν οδηγίες και φαρμακευτική αγωγή ενώ σε ποσοστό 10,2% ή σε 493 περιπτώσεις δεν αναφερόταν η θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι πιο συχνές θεραπείες των ατυχημάτων ήταν ο καθαρισμός, η

συρραφή θλαστικών τραυμάτων και η τοποθέτηση νάρθηκα ή γύψου στα κατάγματα και τις κακώσεις. Από τα 4843 περιστατικά έγινε εισαγωγή σε νοσοκομείο στις 152 περιπτώσεις δηλαδή σε ποσοστό 3,1% ενώ στις 2021 (ή 41,7%) δεν αναφερόταν η έκβαση του περιστατικού.

Γενικά τα δεδομένα μας δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες διαφορές από αντίστοιχες μελέτες που έγιναν σε άλλες περιοχές της Ελλάδος (Petridou et al. 2005, Μπάρκα και συν. 2006, Χαρασανάκης και συν. 2006).

8.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ.

Η πτυχιακή μας εργασία έδειξε ότι τα παιδικά ατυχήματα που συμβαίνουν στη/ις περιοχές του Ηρακλείου και των Χανίων είναι πάρα πολλά, τα περισσότερα συμβαίνουν στο σπίτι και στο δρόμο ενώ είναι αρκετά και αυτά τα οποία συμβαίνουν στο σχολείο. Θέματα που θα μπορούσαν να ερευνηθούν σε μελλοντικές έρευνες είναι:

- ✓ Σε τί ποσοστό επηρεάζουν τη συχνότητα των παιδικών ατυχημάτων τα σεμινάρια στην γνώση και στην εφαρμογή μέτρων πρόληψης των παιδικών ατυχημάτων.
- ✓ Ποια είναι η κατάλληλη φόρμα καταγραφής των παιδικών ατυχημάτων για τα ατυχήματα που συμβαίνουν στο σπίτι.
- ✓ Ποιά είναι τα μέτρα πρόληψης των παιδικών ατυχημάτων τα οποία θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στα σχολεία και στις αθλητικές εγκαταστάσεις.
- ✓ Ποια είναι η κατάλληλη φόρμα καταγραφής των παιδικών ατυχημάτων για τα ατυχήματα που συμβαίνουν στο σχολείο, στις αθλητικές εγκαταστάσεις καθώς και στην διαδρομή από και προς το σχολείο.
- ✓ Σε ποιο βαθμό μπορούν να μειωθούν οι πνιγμοί στην Κρήτη αν εφαρμόζονται σωστά και συστηματικά τα μέτρα πρόληψης κατά των πνιγμών.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα ατυχήματα αποτελούν μια σημαντική αιτία απωλειών ζωής αλλά και δυσάρεστων αναπηριών προσωρινών ή μακροχρόνιων. Ο όρος «ατύχημα» σημαίνει το συμβάν που οφείλεται σε έλλειψη τύχης-ατυχία. Η αντίληψη αυτή αποτελούσε στο παρελθόν τον σημαντικότερο φραγμό για την πρόοδο στον έλεγχο και την πρόληψη των ατυχημάτων. Ο όρος ατύχημα έχει αντικατασταθεί διεθνώς από τον όρο 'εξωγενής βλάβη ή κάκωση'. Αυτό έγινε γιατί πιστεύουμε πλέον ότι το ατύχημα δεν είναι κακοτυχία αλλά νόσος και επιδημία, η οποία 9 στις 10 φορές οφείλεται σε αμέλεια, σε περιφρόνηση του κινδύνου ή σε ανθρώπινο λάθος. Ειδικά στα ατυχήματα των παιδιών η άγνοια των γονέων και όλων όσοι έχουν την επιμέλειά τους αποτελεί έναν πρόσθετο αιτιολογικό παράγοντα.

Τα παιδιά ζουν σε ένα κόσμο που δεν έχει φτιαχτεί για αυτά. Ζουν σε ένα κόσμο φτιαγμένο για μεγάλους. Οι γονείς, οι παππούδες, οι θείοι, οι δάσκαλοι μπορούν να τα εκπαιδεύσουν αλλά και να τα προφυλάξουν. Πρέπει να τα αφήσουν να πειραματισθούν και να μάθουν τις συνέπειες των πράξεών τους. Όμως πρέπει να είναι όμως δίπλα τους με διακριτική επίβλεψη και παρουσία, έτσι ώστε να αισθανθούν ελεύθερα και ανεξάρτητα. Ανεξάρτητα να βιώσουν την προσωπική τους δύναμη και ταυτότητα, να μεγαλώσουν και να ωριμάσουν, να χαρούν το δώρο της ζωής χωρίς φόβο, αλλά και με επίγνωση.

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 ατυχημάτων των παιδιών και έπειτα της κοινωνίας.

Η πρόληψη των ατυχημάτων προϋποθέτει τη συμμετοχή πολλών φορέων και τη συνεργασία αυτών προκειμένου να εξαλειφθούν ή να περιοριστούν τα ατυχήματα στο έπακρον. Το Ιατρονοσηλευτικό σώμα είναι το πλέον κατάλληλα εξοπλισμένο στην προσπάθεια πρόληψης των παιδικών των ατυχημάτων γενικότερα. Στην Ελλάδα λίγα είναι τα μέτρα πρόληψης τα οποία ισχύουν και ακόμα πιο λίγα είναι αυτά τα οποία εφαρμόζονται.

Θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούμε όλοι απέναντι στα ατυχήματα αφού είναι ένα πρόβλημα το οποίο επιδέχεται επίλυση εύκολα και γρήγορα αρκεί να κινητοποιηθούμε και να οργανώσουμε μία κοινωνία προφυλαμμένη από τα ατυχήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Belechri M., Petridou E., Kedikoglou S., Trichopoulos D., & ‘Sports Injuries’ European Union group, Sports injuries among children in six European union countries, European Journal of Epidemiology 17: 1005-1012, 2001.
2. Dedoukou X., Spyridopoulos T., Kedikoglou S., Alexe D.M., Dessypris N., Petridou E., Incidence and Risk Factors of Fall Injuries Among Infants, Arch Pediatr Adolesc Med. 2004; 158: 1002-1006
3. Delia A., Δεσπύρης Ν., Φαρμακάκης Θ., Πετρίδου Ε., Πνιγμοί και παρ’ ολίγον πνιγμοί: Ένα σοβαρό πρόβλημα στην Ελλάδα. Δημοσιεύτηκε στο Τόμο Περιλήψεων του 14^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρίας Κοιν. Παιδ. Και Προαγ. Υγείας, Θεσσαλονίκη 2002:137.
4. Farmakakis T., Alexe D. M., Nicolaidou P., Dessypris N., Petridou E., Baby-bouncer-related injuries: an under-appreciated risk, Eur J Pediatr (2004) 163: 42-43.
5. Fotopoulou E., Farmakakis T., Alexe D., Petridou E., Port-Bebe Carriers Place Infants at Risk of Injuries in Greece, *αχρονολόγητο*.
6. Holder Y., Peden M., Krug E., Lund J., Gururaj G., Kobusingye O., Injury Surveillance Guidelines, WHO/NMH/VIP/01.02, 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/violence_injury_prevention/index.html, προσπελάστηκε την 20-5-2008.
7. Klimentopoulou A., Palokosta E., Towner E., Petridou E., Bicycling-Related Injuries among Children in Greece, European Journal of Trauma 2004; 30: 182-6.
8. Petridou E., Childhood injuries in the European Union: Can epidemiology contribute to their control, Acta Paediatr 89: 1244-9. 2000.
9. Petridou E. et al, Injuries among disabled children: a study from Greece, Injury Prevention 2003;9:226-230.
10. Petridou E., Anastasiou A., Katsiardanis K., Dessypris N., Spyridopoulos T., Trichopoulos D., Health of Young People, A prospective population based study of childhood injuries: the Velestino town study, European Journal of Public Health, Vol. 15, No. 1,9-14, 2005.

11. Phillippakis A., Hemenway D., Alexe D. M., Dessypris N., Spyridopoulos T., Petridou E., A quantification of preventable unintentional childhood injury mortality in the United States, *Injury Prevention* 2004; 10: 79-82. doi: 10.1136/ ip.2003.004119.

12. Polinder S, Meerding W.J, Mulder S, Petridou E, Beeck E.V, EUROCOST Reference Group, Assessing the burden of injuries in six European countries, *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85: 27-34.

13. WHO (2005), Preventing children accidents and improving home safety in the European region.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

14. Αναστασίου Α., Φαρμακάκης Θ., Δεσύπρης Ν., Κατσιαρδάνης Κ., Ζαβιτσάνος Ξ., Περιγραφική επιδημιολογία ατυχημάτων σε άτομα κάτω των 24 ετών σε γεωγραφικά οριοθετημένη ημιαστική περιοχή της Θεσσαλίας, *Παιδιατρική* 2003;66:364-380.

15. Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος (αχρονολόγητο), Ένας κατάλογος ελέγχου για την ασφάλεια παιδιών, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.pedtrauma.gr, προσπελάστηκε την 20-2-2008.

16. Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος (αχρονολόγητο), Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στα σχολεία, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.pedtrauma.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.

17. Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος (αχρονολόγητο), Πώς να αντιμετωπίσετε τα Παιδικά Ατυχήματα, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.pedtrauma.gr, προσπελάστηκε την 8-2-2008.

18. Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος (αχρονολόγητο), Πώς να καταστήσετε ασφαλή το δρόμο από το σπίτι στο σχολείο, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.pedtrauma.gr, προσπελάστηκε την 24-3-2008.

19. Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος (αχρονολόγητο), Πώς να μάθετε στα παιδιά να κυκλοφορούν με το ποδήλατό τους με ασφάλεια, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.pedtrauma.gr, προσπελάστηκε την 24-3-2008.

20. Αντωνιάδου Ι., Παναγιωτόπουλος Τ. (2005), Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Το Παιδί στο Αυτοκίνητο: Τα τροχαία ατυχήματα είναι το σημαντικότερο πρόβλημα των παιδιών, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.carcrazy.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.

21. ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ (2007), Φαρμακευτική δηλητηρίαση, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.volos-hospital.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.
22. Γερμενή Ε., Τσιριγώτη Α., Ντιναπόγιας Α., Πετρίδου Ε. (2006), Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων(ΚΕΠΑ), Αποτελεσματικές Παρεμβάσεις στην Πρόληψη των Οδικών Τροχαίων Ατυχημάτων, 18^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας «Παιδί, Υγεία και Πολιτισμός» 28-30 Σεπτεμβρίου 2006.
23. Γεωργιακόδης Φ., Βοζίκης Α., Η επιδημιολογία των σχολικών ατυχημάτων: Συμπεράσματα από έρευνα σε σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, Ελληνικό Στατιστικό Ινστιτούτο, Πρακτικά 17^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Στατιστικής (2004), σελ. 83-92.
24. Γιώτη Α.Κ., Τα παιδικά ατυχήματα και η πρόληψή τους, Εκδόσεις: Γιάννης Β. Βασδέκης, 1985.
25. Ζημάλης Ε. (2002), Υγεία/ Πρώτες βοήθειες: Ηλεκτροπληξία, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.
26. Ζημάλης Ε. (2003), Υγεία/Πρώτες βοήθειες: Πώς αποφεύγονται τα γλιστρήματα τα παραπατήματα και οι πτώσεις, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 24-3-2008.
27. Ζιάκα Σ. και συν, Παιδικά ατυχήματα τύπου τραυματισμών: Ευρήματα και παρατηρήσεις επί 13770 περιπτώσεων, Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 15:147-153, 2003.
28. Ζιάκα Σ. και συν, Ανάλυση των παιδικών ατυχημάτων τύπου δηλητηριάσεων. Κλινικό-επιδημιολογική μελέτη, Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 15: 154-158, 2003β.
29. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) (2002), Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 7-3-2007.
30. Iatronet, (αχρονολόγητο), Παιδί και παιχνίδι, Παιχνίδι και ασφάλεια, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.
31. Κασινίδου Κ. (2006), Παραμονεύει ο κίνδυνος όπου υπάρχουν παιδιά, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 30-3-2008.

32. Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων Ελλάδας (αχρονολόγητο), Πολίτης-Κοινωνία: Επιρρεπή τα παιδιά στους τραυματισμούς το καλοκαίρι, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.
33. ΚΕΠΠΑ, Διοίκηση Α΄ Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής (αχρονολόγητο), Μαθαίνω ασφαλώς!, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 23-4-2008.
34. Κέντρο Έρευνας και Πρόληψη Παιδικών Ατυχημάτων(ΚΕΠΠΑ) (2002), Παιδιά, έφηβοι και ηλικιωμένοι τα περισσότερα θύματα των πνιγμών στη θάλασσα, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 8-2-2008.
35. Κέντρο Έρευνας και Πρόληψη Παιδικών Ατυχημάτων(ΚΕΠΠΑ) (2004), Χωρίς επαρκή επιτήρηση κολυμπούν τα Ελληνόπουλα, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 8-2-2008.
36. Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ)(2007), Παιδικά ατυχήματα: οι αριθμητικές συνιστώσες με βάση την Πύλη Στατιστικών Δεδομένων (Injury Statistics Portal).
37. Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ)(2007β), Πνιγμοί: τα ατυχήματα με την υψηλότερη θνητότητα.
38. Κέντρο παιδιατρικής μέριμνας (αχρονολόγητο), Πνιγμός σε γλυκό ή θαλασσινό νερό, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.paidiatros.gr/index.html>, προσπελάστηκε την 8-2-2008.
39. Κυριακίδη Τ. (2007), Οι παιδότοποι δεν χρειάζεται να είναι επικίνδυνοι, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.asxetos.gr, προσπελάστηκε την 20-3-2008.
40. Μέθοδοι διάσωσης στο νερό (αχρονολόγητο), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: users.forthnet.gr/her/kar/draw/draw.htm, προσπελάστηκε την 8-2-2008.
41. Μέσα και έξω από το σπίτι (αχρονολόγητο), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.health.in.gr, προσπελάστηκε την 23-1-2008.
42. Μάρκα Χριστίνα, Χατζηδάκη Βιργινία*, Αντωνίου Ήλια, Γκότση Αγγελική, Λάσδα Δήμητρα, Μπεκιώτη-Καντερέ Ευαγγελία (2006), Παρατηρήσεις Σε Παιδικά Ατυχήματα Που Αντιμετωπίστηκαν Στο Νοσοκομείο Καρδίτσας. 18^ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ Ε Ε Κ Π Π Υ. Κρήτη.
43. Μοσχόβου Ν. (αχρονολόγητο), Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος , Ασφάλεια στο αυτοκίνητο, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.pedtrauma.gr, προσπελάστηκε την 20-2-2008.

44. Μοσχόβου Ν. (αχρονολόγητο), Παιδικά Ατυχήματα: *Ότι χρειάζεται να έχει το σπίτι για να είναι ασφαλές για το παιδί*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 8-2-2008.

45. Μπερή Δ. (αχρονολόγητο), Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος, Παιδικά ατυχήματα: *Οδηγίες για να τα αντιμετωπίσετε με ψυχραιμία*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.pedtrauma.gr, προσπελάστηκε την 8-2-2008

46. Ομάδα Εργασίας Ατυχημάτων και Τραυματισμών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2007), Παιδιά και σχολείο: *Η ασφάλεια των παιδιών*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.kepka.org, προσπελάστηκε την 10-3-2008.

47. Παιδιά και Οικογένεια (2007), Πρώτη αιτία αναπηρίας των παιδιών στη χώρα μας είναι τα ατυχήματα στο χώρο του σχολείου, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.madata.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.

48. Παιδί και Παιχνίδι: Παιχνίδι και Ασφάλεια (αχρονολόγητο), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.

49. Παχούμη Δ. (2005), Μεταπτυχιακή εργασία: *Επιδημιολογική μελέτη των τροχαίων ατυχημάτων στο Νομό Ηρακλείου κατά τη θερινή περίοδο 1 Απριλίου-30 Σεπτεμβρίου 2004*.

50. Πετρίδου Ε. (2005), Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ), *Ατυχήματα: Αρχές Δημόσιας Υγείας και Προληπτικής Ιατρικής*.

51. Σεληνίδου Α. (2006), *Η Πρόληψη Των Ατυχημάτων Σε Παιδί*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 27-3-2008.

52. Σούκουλη Π. (2001), *Υγεία/ Πρώτες βοήθειες: Δηλητηρίαση*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.

53. Σούκουλη Π. (2002), *Υγεία/ Πρώτες βοήθειες: Ξένα σώματα*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.

54. Σούκουλη Π. (2005), *Υγεία/ Πρώτες βοήθειες: Εγκαύματα*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.

55. Σπαντιδέας Α. (2005), *Υγεία/ Πρώτες βοήθειες: Καλοκαιρινά τσιμπήματα και πώς να τα αντιμετωπίσετε*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.

56. Σπυριδόπουλος Θ. (2003), Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων σε Παιδιά και Νέους, Μέτρα Πρόληψης Ατυχημάτων στον υδάτινο χώρο, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.
57. Σπυριδόπουλος Θ. (2004), Υγεία / Α' βοήθειες: Παράγοντες κινδύνου για πνιγμό, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 18-5-2008.
58. Τζιούμα Α., Τζακώστα Α. (αχρονολόγητο), Πρόληψη Ατυχημάτων στο Σχολείο μια ολοκληρωμένη πρόταση παρέμβασης.
59. Τσατσαμπά Χ. (αχρονολόγητο), Λιγότεροι οι έξω κίνδυνοι, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 12-4-2008.
60. Τσελίκας Μ. (2005), Προλάβετε τα παιδικά ατυχήματα, 30 Οδηγίες προς τους Γονείς για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.acrobases.gr, προσπελάστηκε την 12-10-2007
61. Τσουμάκας Κ.Θ., Παιδικά ατυχήματα, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2006.
62. Υγεία/ Πρώτες βοήθειες: Πνιγμός (αχρονολόγητο), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 8-2-2008.
63. Υγεία/Πρώτες βοήθειες (αχρονολόγητο), Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων το καλοκαίρι, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 8-2-2008.
64. Υγεία (2006), Πρώτες βοήθειες: Έγκαυμα, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 8-2-2008.
65. Φυτά Ο. (2007), Απροσεξία γονέων...τραυματίζει τέκνα, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 10-3-2008.
66. Χαρασανάκης Α. και συν (2006), Παιδικό ατύχημα-Καταγραφή σε κώδικες MDS. Γ.Ν.-Κ.Υ.Νεαπόλεως Λασιθίου Κρήτης. 18^ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ Ε Ε Κ Π Π Υ. Κρήτη.
67. Ψυχολογικές επιπτώσεις της αναπηρίας στα παιδιά (αχρονολόγητο), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.health.in.gr, προσπελάστηκε την 27-3-2008.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ MDS

Γενικές πληροφορίες		A. A.
<i>Ημερομηνία Επίσκεψης</i>		<i>Ημερομηνία Ατυχήματος</i>
<i>Ώρα Επίσκεψης</i>		<i>Ώρα Ατυχήματος</i>
<i>Νοσοκομείο</i>		<i>Συνεντευκτής</i>
Προσωπικά στοιχεία Ονοματεπώνυμο		
<i>Ηλικία</i>	<i>Εθνικότητα</i>	<i>Μόνιμη περιοχή κατοικίας</i>
<i>Φύλο</i>	<input type="radio"/> 1 Έλληνας <input type="radio"/> 2 Τουρίστας <input type="radio"/> 3 Μετανάστης <input type="radio"/> 9 Άγνωστη	
<input type="radio"/> 1 Άνδρας <input type="radio"/> 2 Γυναίκα <input type="radio"/> 9 Άγνωστο		
Πληροφορίες για το περιστατικό		
<i>Είδος σωματικής κάκωσης (τραυματισμού)</i>		<i>Μηχανισμός</i>
<input type="radio"/> 10 Ακούσια σωματική κάκωση (χωρίς πρόθεση) <input type="radio"/> 21 Σεξουαλική επίθεση <input type="radio"/> 22 Μη σεξουαλική επίθεση <input type="radio"/> 29 Μη καθορισμένη επίθεση <input type="radio"/> 30 Εκούσια σωματική κάκωση (με πρόθεση) <input type="radio"/> 88 Άλλο καθορισμένο είδος, σκοπός <input type="radio"/> 99 Απροσδιόριστος σκοπός		<input type="radio"/> 11 Πτώση, παραπάτημα, πήδημα <input type="radio"/> 19 Χτύπημα, σύνθλιψη, σύγκρουση από επαφή με άλλο αντικείμενο, άτομο ή ζώο <input type="radio"/> 20 Κόψιμο, διάτρηση από αντικείμενο, άτομο ή ζώο <input type="radio"/> 31 Επαφή με ζεστά υγρά, αέρια και αντικείμενα <input type="radio"/> 32 Επαφή με φωτιά, φλόγες <input type="radio"/> 39 Έκθεση σε θερμότητα άλλη και απροσδιόριστη <input type="radio"/> 41 Πνιγμός ή παρ' ολίγον πνιγμός <input type="radio"/> 49 Πνιγμονή ή άλλη\απροσδιόριστη απειλή στην αναπνοή <input type="radio"/> 50 Δηλητηρίαση από ή έκθεση σε χημικά και άλλες ουσίες <input type="radio"/> 60 Επίπονη κίνηση <input type="radio"/> 98 Άλλος μηχανισμός <input type="radio"/> 99 Απροσδιόριστος μηχανισμός
<i>Τόπος που συνέβη το ατύχημα</i>		<i>Είδος άθλησης</i>
<input type="radio"/> 10 Σπίτι <input type="radio"/> 20 Δρόμος, εθνική οδός <input type="radio"/> 80 Ίδρυμα <input type="radio"/> 81 Νοσοκομείο, κέντρο υγείας, ιατρείο <input type="radio"/> 82 Εκπαιδευτικό ίδρυμα <input type="radio"/> 83 Αθλητική περιοχή <input type="radio"/> 84 Βιομηχανική και κατασκευαστική περιοχή <input type="radio"/> 85 Αγρόκτημα, χωράφι <input type="radio"/> 86 Χώροι ψυχαγωγίας, αναψυχής, πάρκα και εμπορική περιοχή <input type="radio"/> 87 Φυσική έκταση, υδάτινος χώρος <input type="radio"/> 88 Άλλος τόπος <input type="radio"/> 99 Απροσδιόριστος τόπος		<input type="radio"/> 1 Πεζός <input type="radio"/> 2 Ποδήλατο <input type="radio"/> 3 Δίτροχο όχημα <input type="radio"/> 4 Αυτοκίνητο, φορτηγάκι <input type="radio"/> 5 Φορτηγό, λεωφορείο <input type="radio"/> 8 Άλλο όχημα <input type="radio"/> 9 Απροσδιόριστο όχημα
<i>Δραστηριότητα</i>		<i>Με τι όχημα συγκρούστηκε;</i>
<input type="radio"/> 1 Εργασία <input type="radio"/> 2 Εργασία μη αμειβόμενη <input type="radio"/> 3 Εκπαίδευση <input type="radio"/> 4 Άθληση στο σχολείο <input type="radio"/> 5 Άθληση οργανωμένη και μη οργανωμένη <input type="radio"/> 8 Άλλη δραστηριότητα <input type="radio"/> 9 Απροσδιόριστη δραστηριότητα		<input type="radio"/> 1 Πεζός <input type="radio"/> 2 Ποδήλατο <input type="radio"/> 3 Δίτροχο όχημα <input type="radio"/> 4 Αυτοκίνητο, φορτηγάκι <input type="radio"/> 5 Φορτηγό, λεωφορείο <input type="radio"/> 6 Σταθερό αντικείμενο <input type="radio"/> 7 Κανένα <input type="radio"/> 8 Άλλο όχημα <input type="radio"/> 9 Απροσδιόριστο όχημα
<i>Εμπλέκεται κινούμενο όχημα στο ατύχημα;</i>		
<input type="radio"/> 1 Ναι <input type="radio"/> 2 Όχι <input type="radio"/> 9 Άγνωστο		

ΚΕΤΤΑ, Minimum Data Set Μάιος 2003

Πληροφορίες για τη βλάβη	
Περιγραφή βλάβης	Μέρος σώματος
<ul style="list-style-type: none"> ο 10 Καμία βλάβη δε διαγνώστηκε ο 20 Επιφανειακή κάκωση δέρματος και μύος ο 30 Ανοιχτό τραύμα ο 40 Κάταγμα ο 51 Εξάρθρωμα ο 52 Διάστρεμμα ο 59 Εξάρθρωμα και διάστρεμμα απροσδιόριστα ο 61 Σύνθλιψη ο 62 Ακρωτηριασμός ο 69 Σύνθλιψη και ακρωτηριασμός απροσδιόριστα ο 70 Κρανιοεγκεφαλική κάκωση ο 80 Ξένα σώματα που εισέρχονται σε φυσική κοιλότητα ο 91 Εγκαύματα ο 92 Χημικά εγκαύματα ο 970 Πολλαπλές βλάβες ο 981 Κρυστάλλινα ο 982 Βλάβη σε νεύρα και νωτιαίο μυελό ο 983 Βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία ο 984 Βλάβη σε μύες και τένοντες ο 985 Κάκωση εσωτερικών οργάνων ο 986 Δηλητηρίαση ο 988 Άλλη βλάβη ο 99 Απροσδιόριστη βλάβη 	<ul style="list-style-type: none"> ο 11 Οφθαλμός ο 12 Πρόσωπο ο 19 Κεφάλι ο 21 Αυχενική μοίρα σπονδυλικής στήλης ο 22 Εσωτερικά όργανα αυχένα ο 29 Αυχένια, άλλο και απροσδιόριστο σημείο ο 31 Θωρακική μοίρα σπονδυλικής στήλης ο 32 Εσωτερικά όργανα κοιλίας ο 33 Θώρακας ο 34 Κοιλία, οσφυϊκή μοίρα σπονδυλικής στήλης, κάτω ράχη και πύελος ο 39 Κορμός, άλλο και απροσδιόριστο σημείο ο 41 Ωμος και βραχίονας ο 42 Αγκώνια και αντιβράχιο ο 43 Καρπός και άκρο χέρι ο 49 Άνω άκρο, άλλο και απροσδιόριστο σημείο ο 51 Ισχίο και Μηρός ο 52 Γόνατο και Ποδοκνημική ο 53 Αστράγαλος και άκρο πόδι ο 59 Κάτω άκρο, άλλο και απροσδιόριστο σημείο ο 70 Πολλαπλά μέρη σώματος ο 91 Εσωτερικά όργανα απροσδιόριστου επιπέδου ο 99 Απροσδιόριστο μέρος σώματος
Θεραπευτική αντιμετώπιση	Έγινε παραπομπή σε νοσοκομείο;
<ul style="list-style-type: none"> ο 1 Οδηγίες, φαρμακευτική αγωγή, καμία θεραπεία, ο 2 Θεραπεία ο 3 Θάνατος ο 9 Απροσδιόριστη 	<ul style="list-style-type: none"> ο 1 Ναι ο 2 Όχι ο 9 Απροσδιόριστο
Άλλη πληροφορία	
Περιγραφή ατυχήματος	

ΚΕΤΤΑ, Minimum Data Set Μάιος 2003

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.: ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗ ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ MDS



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
Μ. ΑΣΙΑΣ 75 ΑΘΗΝΑ 115 27
ΤΗΛ. : + 30-210 746 2187
ΦΑΞ : + 30-210 746 2105**



**ΚΕΠΑ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ: Ε. ΠΕΤΡΙΔΟΥ

Email : epetrid@med.uoa.gr
<http://www.euroipn.org/cerepri>

ΑΙΤΗΣΗ

Όνοματεπώνυμο: ΣΚΑΝΔΑΛΑΚΗ ΝΕΚΤΑΡΙΑ.

Επάγγελμα: ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ.

Οργανισμός εργασίας: BENIZEΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ & ΤΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Διεύθυνση εργασίας: Λ. ΚΝΩΣΣΟΥ – ΗΡΑΚΛΕΙΟ & ΕΣΤΑΥΡΩΜΕΝΟΣ- ΗΡΑΚΛΕΙΟ.

Διεύθυνση κατοικίας: ΣΙΝΑ 11 ΠΟΡΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟ- 71307

Τηλέφωνο εργασίας : 2810368085 Τηλέφωνο κατοικίας: 2810227616

Κινητό τηλέφωνο: 6944820299 Email: dimtery@yahoo.com

Ημερομηνία: 28/11/07

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε στοιχεία σχετικά με:

Την φόρμα καταγραφής ατυχημάτων MDS-i (ελληνική έκδοση), καθώς και την άδεια να χρησιμοποιηθεί.

Θα ήθελα να προμηθευτώ

- 1) Φυλλάδια 2) Αφίσες 3) Βιντεοκασέτες/dvd/cd 4) Παραστατικά για φωτοτυπίες
2) Διάφορες άλλες πληροφορίες (αναφέρετε τι:.....)
3) Άλλο (αναφέρετε τι:

Τα στοιχεία αυτά θα χρησιμοποιηθούν από ομάδα φοιτητών στην οποία είμαι επιβλέπουσα για τη συλλογή δεδομένων σε πτυχιακή του ΤΕΙ Ηρακλείου- Τμήμα Νοσηλευτικής με θέμα «Μελέτη καταγραφής παιδικών ατυχημάτων που αντιμετωπίστηκαν στα νοσοκομεία ΠαΓΝΗ Ηρακλείου και Αγ. Γεώργιος – Χανίων κατά το έτος 2006» (Αρ. Απόφασης 1724/Φ120.2).

Δηλώνω υπεύθυνα ότι: δεσμεύομαι να αναφέρω το ΚΕΠΑ ως πηγή στοιχείων της σχετικής βιβλιογραφίας και έχω λάβει γνώση των κανόνων δανεισμού. Επίσης, δέχομαι να καταβάλω με αντικαταβολή το ποσό των ευρώ για την αναπαραγωγή των παραστατικών καθώς και το κόστος αποστολής που θα καθοριστεί από το ταχυδρομείο, όταν παραλάβω τα παραστατικά.

Ο/Η Αιτών/ούσα

Γεωργιλαδάκη Αλεξάνδρα φοιτήτρια του ΤΕΙ Ηρακλείου- Τμήμα Νοσηλευτικής
Μπιρμπίλη Δήμητρα- φοιτήτρια του ΤΕΙ Ηρακλείου- Τμήμα Νοσηλευτικής
Σκανδαλάκη Νεκταρία- Επιστημονικός συνεργάτης στο ΤΕΙ Ηρακλείου & επιβλέπουσα της πτυχιακής εργασίας

Wednesday, November 21, 2007 7:51 AM

Συνημμένα θα βρείτε την αίτηση που πρέπει να συμπληρώσετε για την αποστολή των στοιχείων που ζητήσατε.
Σας ευχαριστώ.

Αναστασία Τσίγκα
Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων - Κ.Ε.Π.Α.
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών
Μικράς Ασίας 75, 11527 Αθήνα

Τηλ.: 210-7462253
Fax: 210-7462105

Tuesday, December 11, 2007 7:46 PM

Αρ.πρωτ:08/1207
Κυρία Σκανδαλάκη,
Σε συνέχεια της αίτησης σας αποστέλω το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιηθεί για την συλλογή δεδομένων σε πτυχιακή του ΤΕΙ Ηρακλείου- Τμήμα Νοσηλευτικής με θέμα «Μελέτη καταγραφής παιδικών ατυχημάτων που αντιμετωπίστηκαν στα νοσοκομεία ΠαΓΝΗ Ηρακλείου και Αγ. Γεώργιος – Χανίων κατά το έτος 2006» (Αρ. Απόφασης 1724/Φ120.2).

Με εκτίμηση

Αναστασία Τσίγκα
Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων - Κ.Ε.Π.Α.
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών
Μικράς Ασίας 75, 11527 Αθήνα

Τηλ.: 210-7462253
Fax: 210-7462105
e-mail: ntsig@med.uoa.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ : ΠΝΙΓΜΟΣ

<p>○ Σημεία άξια προσοχής</p>
✓ Ποτέ μην αφήνετε το παιδί σας χωρίς επίβλεψη μέσα ή κοντά σε νερό!
✓ Μη χρησιμοποιείτε συσκευές επίπλευσης (μπρατσάκια, φουσκωτές, κουλούρες κλπ) ως υποκατάστατα της επίβλεψης.
✓ Φροντίστε να μάθει το παιδί σας κολύμβηση όσο το δυνατόν νωρίτερα (συνήθως μετά τα 4 έτη), από εξειδικευμένους εκπαιδευτές. Είναι προτιμότερο να συμμετέχετε μαζί του στα μαθήματα κολύμβησης.
✓ Μη θεωρήσετε ποτέ ότι το παιδί σας είναι "απρόσβλητο" από πνιγμό κι ας ξέρει καλή κολύμβηση. Τα μικρά παιδιά (ειδικά τα κάτω των 6 ετών) πρέπει να παρακολουθούνται στενά από ενήλικα όσο κολυμπάνε.
✓ Διδάξτε το παιδί σας ότι δεν πρέπει ποτέ να κολυμπά μόνο του!
✓ Μάθετε καρδιοαναπνευστική ανάνηψη.
<p>○ Στη θάλασσα</p>
✓ Να παίζετε μαζί με το παιδί στα ρηγά, μέχρι να εξοικειωθεί με το νερό.
✓ Μην το αναγκάζετε να μπει στο νερό αν φοβάται.
✓ Να του επισημαίνετε συνεχώς τους πιθανούς κινδύνους.
✓ Να χρησιμοποιείτε σωσίβιο ή άλλη συσκευή επίπλευσης.
✓ Επισημαίνετε στο παιδί να μην κάνει βουτιές σε άγνωστα ή θολά νερά ή σε περιοχές με βράχια και πέτρες.
✓ Μάθετέ του να μη σπρώχνει και να μη βυθίζει τους άλλους στο νερό.
✓ Διδάξτε του ότι πρέπει να βγαίνει αμέσως από το νερό εάν δεν νιώθει καλά, φοβηθεί ή κρυώνει.
<p>○ Στην πισίνα</p>
✓ Αν η πισίνα είναι στο σπίτι σας, πρέπει να είναι πλήρως περιφραγμένη και να διαθέτει πόρτα που κλείνει και ασφαλίζει αυτόματα.
✓ Προσέχετε να μην υπάρχουν τραπέζια και καρέκλες κοντά στην περίφραξη της πισίνας, γιατί μπορεί το παιδί να σκαφαλώσει και να φτάσει έως το νερό.
✓ 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.
✓ Φροντίστε να υπάρχει δίπλα στην πισίνα ο εξοπλισμός διάσωσης (σχοινί, κουλούρα κ.λπ).
✓ Μάθετε στο παιδί να μην κάνει ποδήλατο γύρω από την πισίνα.
<p>○ Στη βάρκα</p>
✓ Φορέστε στο παιδί σωσίβιο όταν είναι επιβάτης ή όταν ασχολείται με θαλάσσιο σπορ.
✓ Να έχετε τόσα σωσίβια στη βάρκα όσοι και οι επιβάτες. Επίσης βεβαιωθείτε ότι υπάρχουν στη βάρκα όλα τα απαιτούμενα σωστικά μέσα και πυροσβεστήρας.
✓ Να οδηγείτε νηφάλιος, σεβόμενος τους κανόνες θαλάσσιας κυκλοφορίας και τα όρια ταχύτητας, να

ξέρετε τον προορισμό σας και να έχετε τα απαραίτητα όργανα ναυσιπλοΐας.
✓ Μάθετε το δελτίο καιρού πριν να ξεκινήσετε.
✓ Αν γίνει ατύχημα και ανατροπή της βάρκας, να μείνετε κρατημένοι πάνω της.
○ Στα σπορ
✓ Απαραίτητο το σωσίβιο. Το σωσίβιο στη θάλασσα είναι ότι και 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 (πχ ράφτινγκ).
○ Στις νεροτσουλήθρες
✓ Βεβαιωθείτε ότι υπάρχει επιτηρητής που θα παρεμβαίνει όταν υπάρχει πρόβλημα.
✓ Ελέγξτε εάν η νεροτσουλήθρα διαθέτει αντιολισθητικές ταινίες στη σκάλα της.
✓ Βεβαιωθείτε ότι το νερό είναι αρκετά βαθύ, για να μην χτυπήσουν τα παιδιά στον πυθμένα την ώρα της βουτιάς.
○ Στο σπίτι
✓ Αν το παιδί σας είναι μικρό, να είστε συνεχώς μαζί του όταν κάνει μπάνιο.
✓ Αδειάστε τη μπανιέρα μόλις τελειώσετε το μπάνιο.
✓ Μην αφήνετε ποτέ το μεγαλύτερο παιδί να επιβλέπει το μικρότερο.
✓ Να έχετε την πόρτα του μπάνιου κλειδωμένη, ώστε να μην μπορεί να μπει το παιδί χωρίς να το αντιληφθείτε

Πηγή: Σπυριδόπουλος (2003), ΚΕΠΠΑ, Μέτρα Πρόληψης Ατυχημάτων στον υδάτινο χώρο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ: ΠΤΩΣΕΙΣ

<p>○ Απόφυγε τα γλιστρήματα προσέχοντας τα εξής:</p>
✓ Σκαλοπάτια-Όταν βγαίνεις προς τα έξω, κοίταξε προσεκτικά για σκαλοπάτια που δεν φαίνονται.
✓ Γυαλιστερές επιφάνειες- Έχε το νου σου σε κάθε γλιστερή επιφάνεια.
✓ Χαλιά- Κάθε μικρό ή μεγάλο χαλί που δεν είναι κολλημένο στο δάπεδο ή δεν έχει από κάτω αντιολισθητικό υλικό, μπορεί να γλιστρήσει τη στιγμή που πατάς πάνω σ' αυτό.
✓ Ξηλωμένα δάπεδα- Πρόσεχε όταν περπατάς σε δάπεδα όπου υπάρχουν ξεκόλλητα πλακάκια.
✓ Μπάνια και ντους- Πάντα να προσέχεις μπαίνοντας και βγαίνοντας. Να χρησιμοποιείς αντιολισθηρά πατάκια στο μπάνιο σου.
✓ Παγωμένα σημεία- Πάντα να περπατάς αργά σε κάθε παγωμένη επιφάνεια.
<p>○ Απόφυγε τα παραπατήματα προσέχοντας τα παρακάτω:</p>
✓ Έπιπλα, εξοπλισμός- Τακτοποιήστε τα έπιπλα του σπιτιού σας έτσι ώστε να αποφευχθεί κάθε κίνδυνος πρόκλησης ατυχήματος.
✓ Υλικά- Είναι επικίνδυνο για τα παιδιά να τοποθετούνται υλικά στις διελεύσεις και στους διαδρόμους. Για ασφάλεια τοποθετήστε τα μέσα σε ντουλάπια ή σε αποθήκες.
✓ Ηλεκτρικά καλώδια- Οι προεκτάσεις των καλωδίων απαγορεύεται να διατρέχουν διαδρόμους. Αν αυτό είναι αναπόφευκτο στερεώστε τις σταθερά στο δάπεδο.
✓ Παιχνίδια- Εκπαίδευσε τα μικρά παιδιά να μην αφήνουν τα παιχνίδια τους στη μέση. Είναι εύκολο να πατήσουν ένα παιδικό παιχνίδι και να πέσουν.
✓ Συρτάρια- Προσέχουμε να είναι κλειστά υπάρχει κίνδυνος να σκοντάψουν τα παιδιά και να πέσουν.
✓ Σκάλες- Μην αφήνετε υλικά στις σκάλες. Μια πτώση στη σκάλα μπορεί να προκαλέσει σοβαρό ατύχημα.
✓ Εμπόδια- Εάν βρίσκονται στο δρόμο σου παραμερίστε τα ή παρακάμψτε τα. Είναι επικίνδυνο για τα παιδιά να περνούν πάνω από αυτά.
<p>○ Πώς να αποφύγουμε τις πτώσεις:</p>
✓ Ελέγχουμε το φωτισμό για επάρκεια ιδιαίτερα σε στενά κεφαλόσκαλα.
✓ Προσέχουμε τα ρεβέρ των παντελονιών των παιδιών.
✓ Επισκευάζουμε ή αντικαθιστάμε μοκέτες σκαλοπατιών αν έχουν φθαρεί. Χρήση διαδρόμων από αντιολισθηρό υλικό είναι μια καλή ιδέα.
✓ Να φοράμε στα παιδιά τα κατάλληλα παπούτσια με αντιολισθητική σόλα και σε καλή κατάσταση. Τα μποτάκια προστατεύουν και τους αστραγάλους. Προσέχουμε τα λυτά κορδόνια.
✓ Να καθόμαστε σε σταθερό κάθισμα. Εξετάζουμε τα πόδια της πολυθρόνας αν πατάνε σταθερά στο πάτωμα. Να είσαι σίγουρος ότι η πολυθρόνα του παιδιού είναι σε άριστη κατάσταση.
✓ Δεν πρέπει να χρησιμοποιούμε στοίβες κουτιά ή έπιπλα για να ανέβουμε ψηλά. Χρησιμοποιούμε ασφαλείς σκάλες ή ειδικά σκαμνιά για μικρά ύψη.
✓ Δεν πηδάμε από βαγόνια, καμιόνια, πατάρια. Κατεβαίνουμε από τη σκάλα.
✓ Μη σηκώνουμε και μεταφέρουμε μόνοι μας περισσότερο βάρος από όσο μπορούμε. Προσέχουμε μη χάσουμε την ισορροπία μας. Να κάνουμε σταθερά βήματα όταν μεταφέρουμε βάρος.

Πηγή: Ζημάλης (2003), Πως αποφεύγονται τα γλιστρήματα, τα παραπατήματα και οι πτώσεις.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε: ΑΛΛΑ ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Πληγές
Μια απλή πληγή την καθαρίζετε με οξυζενέ ή φυσιολογικό ορό και βάζετε betadine. Σε περίπτωση που το παιδί χτυπώντας ήρθε σε επαφή με σκουριασμένη επιφάνεια, ελέγχετε αν έχει γίνει εμβόλιο τετάνου και τότε είναι η τελευταία δόση.
Στραμπουλήγματα
Ακινητοποιείτε το μέλος και βάζετε πάγο. Απευθυνθείτε αμέσως στον ειδικό για ακτινογραφία και, αν υπάρχει υποψία για κάταγμα, μην κάνετε απότομες κινήσεις στο παιδί. Για παράδειγμα, μην το πάρετε βιαστικά αγκαλιά για να το μεταφέρετε στο αυτοκίνητο.
Ανοιξε η μύτη του
Το κεφάλι του παιδιού πρέπει να γέρνει μπροστά. Ύστερα χαλαρώστε τα ρούχα του και πείτε του να πιέζει για 10 λεπτά τη μύτη με το δείκτη και τον αντίχειρά του. Αν δεν σταματήσει η αιμορραγία, ας συνεχίσει να πιέζει τη μυτούλα του για ακόμα 10 λεπτά. Αν και πάλι αιμορραγεί, βάλτε τυλιγμένη γάζα στη μύτη του και απευθυνθείτε στον ωτορινολαρυγγολόγο σε περίπτωση που συνεχιστεί η αιμορραγία.
Εγκαύματα
Διακρίνονται σε α' βαθμού όπου υπάρχει κοκκινίλα, β' βαθμού όπου μαζί με την κοκκινίλα υπάρχει και φουσκάλα, και γ' βαθμού στα οποία έχει καταστραφεί το δέρμα και οι ιστοί. Εννοείται ότι τα τελευταία αντιμετωπίζονται μόνο στο νοσοκομείο. Ωστόσο, αν τα εγκαύματα α' και β' βαθμού καλύπτουν μεγάλη επιφάνεια, πρέπει να πάτε το παιδί αμέσως στο νοσοκομείο. Βάλτε βαζελίνη αν υπάρχει μόνο κοκκινίλα, ενώ αν υπάρχει και φουσκάλα δέστε το σημείο με επίδεσμο. Στην περίπτωση αυτή μιλήστε με τον γιατρό για να δώσετε στο παιδί κάποιο αντιβιοτικό που θα σας συστήσει, καθώς οι ιστοί έχουν αρχίσει να καταστρέφονται.
Δηλητηριάσεις
Πολύ συχνά τα παιδιά βρίσκουν ένα φάρμακο και δεν διστάζουν να το καταπιούν - αφού έχουν δει εσάς να κάνετε το ίδιο. Είναι επίσης πιθανό να ανακαλύψουν πού βάζετε τα απορρυπαντικά και να καταλήξουν μέσα... στο στοματάκι. Επειδή το παιδί δεν πρόκειται να σας το πει από μόνο του, αν τυχόν παρατηρήσετε περίεργη συμπεριφορά (ασυνήθιστη υπνηλία ή απότομη αλλαγή στη διάθεση του), ρωτήστε το αν έφαγε ή ήπιε κάτι. Μην εφαρμόζετε παλιές τακτικές όπως ασπράδι αβγού ή αλάτι σε νερό για να του προκαλέσετε εμετό, γιατί μπορεί να δημιουργηθεί μεγαλύτερη βλάβη σε περίπτωση που, για παράδειγμα, έχει πει καυστική ουσία. Επικοινωνήστε αμέσως με το Κέντρο Δηλητηριάσεων που παρέχει συμβουλές όλο το 24ωρο.
Ηλεκτροπληξία
Προκαλείται αν το παιδί βάλει στην πρίζα μεταλλικά αντικείμενα. Κατεβάστε αμέσως το διακόπτη του ηλεκτρικού ρεύματος και σπρώξτε το παιδί με ένα ξύλινο αντικείμενο ή ένα ύφασμα μακριά από την πρίζα. Αν γνωρίζετε τεχνητή αναπνοή εφαρμόστε την. Γρήγορη μεταφορά στο νοσοκομείο.
Πνιγμός
Σταθείτε πίσω από το νήπιο και πιέστε απότομα το στομάχι ώστε να βγάλει το ξένο σώμα. Αν πρόκειται για βρέφος, γυρίστε το στο πλάι και χτυπήστε το ανάμεσα στα πλευρά του.

Πηγή: Αντιμετώπιση Παιδικού Τραύματος (2007), Πώς να αντιμετωπίσετε τα παιδικά ατυχήματα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ: ΕΙΔΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΚΑΘΙΣΜΑΤΩΝ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ

1. Καθίσματα στραμμένα προς τα πίσω για παιδιά με βάρος μέχρι 9 κιλά.
Μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη θέση του συνοδηγού ή στο πίσω κάθισμα.
Είναι εύχρηστα, προσφέρουν όμως προστασία για μικρό χρονικό διάστημα.
2. Καθίσματα διπλής κατεύθυνσης για παιδιά με βάρος μέχρι 18 κιλά.
Είναι μεγαλύτερα, βαρύτερα και πιο δύσχρηστα.
Προσφέρουν όμως προστασία για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.
Στραμμένα προς τα πίσω τους πρώτους μήνες και στραμμένα προς τα εμπρός αργότερα. Τα καθίσματα που τοποθετούνται στραμμένα προς τα πίσω παρέχουν καλύτερη ασφάλεια.
Και τα δύο αυτά είδη καθίσματος στερεώνονται με τη ζώνη ασφαλείας του αυτοκινήτου, ενώ το παιδί δένεται με τη ζώνη ασφαλείας που διαθέτει το κάθισμα.
Μην πιστέψετε ποτέ πως μπορείτε να κρατήσετε ένα παιδί με ασφάλεια στην αγκαλιά σας.
3. Καθίσματα στραμμένα προς τα εμπρός για παιδιά με βάρος 9 έως 25 κιλά.
Τα μικρότερα καθίσματα (για παιδιά 9 έως 18 κιλά) στηρίζονται στο αυτοκίνητο με τη ζώνη ασφαλείας του αυτοκινήτου και το παιδί δένεται με τη ζώνη ασφαλείας του καθίσματος.
Τα μεγαλύτερα καθίσματα (για παιδιά 9 έως 25 κιλά) χρησιμοποιούν τη ζώνη ασφαλείας του αυτοκινήτου και για τη συγκράτηση του παιδιού.
4. Ανυψωτικά καθίσματα
Είναι κατάλληλα για παιδιά από 15 έως 36 κιλά. Χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν το παιδί έτσι, ώστε να δεθεί με τη ζώνη ασφαλείας του αυτοκινήτου.
Ένα παιδί μπορεί να δεθεί με τη ζώνη ασφαλείας του αυτοκινήτου αν το διαγώνιο τμήμα της ζώνης περνάει στη μέση της απόστασης από το λαιμό μέχρι την άκρη του ώμου.
Προδιαγραφές ασφάλειας
α. Αν στη θέση του συνοδηγού υπάρχει αερόσακος, τοποθετήστε το παιδικό κάθισμα υποχρεωτικά στο πίσω κάθισμα. Ο αερόσακος μπορεί να προκαλέσει βαρύτατο τραύμα στο παιδί.
β. Μετά από ένα σημαντικό τρακάρισμα, τόσο το παιδικό κάθισμα όσο και οι ζώνες ασφαλείας πρέπει να αλλαχθούν. Οι προδιαγραφές τους δεν ισχύουν πια.
γ. Κατά την αγορά παιδικού καθίσματος αυτοκινήτου, θα πρέπει να έχετε υπόψη ορισμένα χαρακτηριστικά του αυτοκινήτου σας για να βεβαιωθείτε ότι το κάθισμα ή οι ζώνες ασφαλείας που θα διαλέξετε μπορούν να τοποθετηθούν σύμφωνα με τις προδιαγραφές τους.
δ. Με τον ήλιο, τα μεταλλικά μέρη της ζώνης ασφαλείας μπορεί να θερμανθούν τόσο ώστε να προκαλέσουν έγκαυμα.

Πηγή: Αντωνιάδου, Παναγιωτόπουλος (2005), Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Το Παιδί στο Αυτοκίνητο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ: ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

<p>○ Κατά την αγορά παιχνιδιών για τα παιδιά καλό είναι:</p>
<p>✓ Να απευθυνόμαστε σε εξειδικευμένα μαγαζιά στα οποία υπάρχουν πωλητές που μπορούν να μας καθοδηγήσουν στην επιλογή του κατάλληλου δώρου.</p>
<p>✓ Να ελέγχουμε ότι τα παιχνίδια που αγοράζουμε έχουν στη συσκευασία τους σήμα που διευκρινίζει ότι ο κατασκευαστής τηρεί τους κανόνες ασφαλείας, όπως το CE της Ευρωπαϊκής Ένωσης.</p>
<p>✓ Προτού αγοράσουμε ένα παιχνίδι, να ελέγχουμε οι ίδιοι την ποιότητά του, ότι είναι σωστά συναρμολογημένο, δε σπάει εύκολα, δεν είναι βαμμένο με τοξικά χρώματα και δεν περιέχει εύφλεκτα υλικά.</p>
<p>✓ Όταν αγοράζουμε μπογιές, μαρκαδόρους ή πλαστελίνες, να βεβαιωνόμαστε ότι στη συσκευασία αναγράφεται ότι δεν είναι τοξικές.</p>
<p>○ Επιλέγουμε το κατάλληλο παιχνίδι για κάθε παιδί σημαίνει:</p>
<p>✓ Να χρησιμοποιούμε τη λογική μας ή τη συμβουλή τρίτου κατά την επιλογή κατάλληλων παιχνιδιών, αναλόγως με την ηλικία και τα ενδιαφέροντα του παραλήπτη.</p>
<p>✓ Όταν αγοράζουμε κρεμαστά παιχνίδια που προορίζονται για κούνιες, να βεβαιωνόμαστε για την ασφάλεια του μωρού. Το κορδόνι από το οποίο κρέμονται να μην υπερβαίνει τα 20 εκατοστά.</p>
<p>✓ Σε παιδιά κάτω των 3 ετών, δε δίνουμε παιχνίδια που αποτελούνται από μικρά κομμάτια γιατί μπορούν να προκαλέσουν πνιγμό.</p>
<p>○ Αποφεύγουμε, επίσης</p>
<p>✓ Την αγορά παιχνιδιών με μακριά μαλλιά ή γούνα για μωρά κάτω του 1 έτους, γιατί και αυτά είναι δυνατόν να προκαλέσουν πνιγμό.</p>
<p>✓ Τα set χημείας, τα ηλεκτρονικά παιχνίδια και τα παιχνίδια που συμπεριλαμβάνουν ηλεκτρικά εξαρτήματα ή εξαρτήματα που θερμαίνονται, θα πρέπει να δίνονται σε παιδιά άνω των 10 ετών και ιδανικά να χρησιμοποιούνται υπό την επίβλεψη ενηλίκων.</p>
<p>○ Προκειμένου τα παιχνίδια να μην αποτελέσουν αιτία ατυχημάτων πρέπει:</p>
<p>✓ Να μη δίνουμε ποτέ σε μικρά παιδιά δώρα μέσα σε πλαστικές σακούλες, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε ασφυξία.</p>
<p>✓ Να αποφεύγουμε 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.</p>
<p>○ Επίσης, να μην ξεχνάμε:</p>
<p>✓ Όταν αγοράζουμε ποδήλατο, skate board, πατίνια ή πατίνι, πρέπει παράλληλα να αγοράζουμε κράνος και</p>

<p>ό,τι άλλο εξοπλισμό ασφαλείας απαιτείται (επιγονατίδες, καλύμματα για τους καρπούς κλπ.).</p>
<p>✓ Φώτα και κουδούνι για το ποδήλατο καθώς και ανακλαστική ζώνη και ανακλαστικά για τις ρόδες του, είναι επιτυχημένα και χρήσιμα δώρα για τους μικρούς ποδηλάτες.</p>
<p>✓ Σακίδια και ρούχα από ανακλαστικό υλικό ή με ανακλαστικά διακοσμητικά αποτελούν καλές επιλογές δώρων για παιδιά που κυκλοφορούν το βράδυ.</p>
<p>✓ Εξοπλισμός ασφαλείας για αθλήματα είναι χρήσιμο δώρο για τα παιδιά που ασχολούνται με αυτά.</p>
<p>✓ Τα αγαπημένα μας παλιά παιχνίδια, δεν είναι πάντα κατάλληλα και ασφαλή για τα παιδιά μας (π.χ. παλιά οι μπιγλιές ήταν συνήθως τοξικές).</p>
<p>○ Προσοχή στα παιχνίδια στο σπίτι:</p>
<p>✓ Τα παιχνίδια δεν πρέπει να είναι σκορπισμένα στο πάτωμα ή στις σκάλες, γιατί μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά ατυχήματα.</p>
<p>✓ Τα παιδιά κάτω των τριών ετών δεν πρέπει να έχουν πρόσβαση στα παιχνίδια των μεγαλύτερων παιδιών, διότι μπορούν να αποβούν επικίνδυνα.</p>
<p>✓ Τα παιχνίδια στο σπίτι και στον κήπο χρειάζεται να ελέγχονται τακτικά.</p>
<p>✓ Καλό είναι να βεβαιωνόμαστε ότι είναι σε καλή κατάσταση και ότι δεν υπάρχουν σπασμένα κομμάτια που μπορούν να προκαλέσουν ατυχήματα.</p>

Πηγή: Iatronet, (αχρονολόγητο), Παιδί και παιχνίδι, Παιχνίδι και ασφάλεια.