



**ΤΕΙ Κρήτης**  
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

**Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η Πρόληψη και Αντιμετώπιση Παιδικών  
Ατυχημάτων - Μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ**  
**ΠΕΡΒΟΛΑΡΑΚΗ ΣΤΕΛΛΑ**  
**ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΠΗΓΗ**  
**ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΕΥΣΕΒΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**  
**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΡΙΚΟΣ**

Ηράκλειο, 2016

## **Πίνακας περιεχομένων**

**Περιεχόμενα**

**Περίληψη**

**Πρόλογος**

**Ευχαριστίες**

### **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Εισαγωγή στα παιδικά ατυχήματα**

1.1. : Εισαγωγή - Ορισμοί

1.2. : Κατηγορίες - Είδη παιδικών ατυχημάτων

1.3. : Αίτια πρόκλησης παιδικών ατυχημάτων

1.4. : Προδιαθεσιακοί παράγοντες πρόκλησης παιδικών ατυχημάτων

1.5. : Συχνότητα παιδικών ατυχημάτων

### **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Επιδημιολογικά – Στατιστικά δεδομένα παιδικών ατυχημάτων**

2.1. : Γενικά

2.2. : Επιδημιολογικά - στατιστικά στοιχεία παιδικών ατυχημάτων στον διεθνή χώρο

2.3. : Επιδημιολογικά – στατιστικά στοιχεία παιδικών ατυχημάτων στην Ελλάδα

### **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Παιδικά ατυχήματα μέσα στο σπίτι ( Πρόληψη και Αντιμετώπιση )**

3.1. : Εγκαύματα

3.2. : Πτώσεις - Τραυματισμοί

3.3. : Ηλεκτροπληξία

3.4. : Δηλητηρίαση

3.5. : Ξένα σώματα - Εισρόφηση

3.6. : Πνιγμοί

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Παιδικά ατυχήματα έξω από το σπίτι ( Πρόληψη και Αντιμετώπιση )**

4.1. : Στο σχολείο

4.2. : Τροχαία

4.3. : Πεζός και δρόμος

4.4. : Παιδική χαρά και χώροι αναψυχής

4.5. : Κατά την άθληση

4.6. : Στην θάλασσα και στην πισίνα

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Επιπτώσεις παιδικών ατυχημάτων**

5.1. : Ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στα παιδιά

5.2. : Ψυχολογικές επιπτώσεις στην οικογένεια

5.3. : Κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> : Ειδικό μέρος**

### **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup> : Αποτελέσματα αναζήτησης**

### **Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup> : Συζήτηση & Συμπεράσματα**

8.1. : Συζήτηση

8.2. : Συμπεράσματα

8.3. : Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

### **Βιβλιογραφία**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή :** Στις μέρες μας , τα ατυχήματα αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας παιδιών και νέων ατόμων. Ο όρος «ατύχημα» περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τροχαία, πνιγμούς, πτώσεις, εγκαύματα , δηλητηριάσεις κ.α.. Είναι μείζων πρόβλημα στο χώρο της υγείας, καθώς το οικονομικό και το ψυχολογικό κόστος της είναι τρομακτικό σε ανθρώπινες ζωές, σε αναπηρίες, ακόμα και σε οικονομική αιμορραγία. Τα παιδιά και ιδιαίτερα τα αγόρια αποτελούν την ευπαθέστερη στα ατυχήματα, ομάδα του πληθυσμού (Κάραρη, 2006) . Αιτία θανάτου των παιδιών ηλικίας από 0 έως 19 ετών, φαίνεται να είναι κατά 30% τα ατυχήματα. Οι πνιγμοί αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου από ατυχήματα στα παιδιά σε ευρωπαϊκό επίπεδο, αλλά όχι στη χώρα μας. Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ), τα ατυχήματα αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας παιδιών και νέων ατόμων (Σκούρου, 2013).

**Σκοπός :** Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας, είναι η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και γονέων αλλά και όλων όσων περιβάλλονται ή και φροντίζουν παιδιά, για τα παιδικά ατυχήματα σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν γίνει και η αναγνώριση της σημαντικότητας της πρόληψης αυτών. Θα πρέπει ο κάθε γονέας να γνωρίζει τους αιτιολογικούς παράγοντες οι οποίοι ευθύνονται για τα παιδικά ατυχήματα, να είναι ικανός να απαριθμεί τα είδη των ατυχημάτων και να μπορεί να κατανοήσει και να εξηγήσει τον όρο «ατύχημα».

**Μεθοδολογία :** Προκειμένου να αναπτύξουμε την εργασία μας, διενεργήθηκε εκτεταμένη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για το χρονικό των τελευταίων ετών (2000-2016) στην ελληνική και διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία (MedLine, Google, Pubmed, ΙΑΤΡΟΤΕΚ κλπ.) ακολουθώντας βασικές αρχές αναζήτησης, και με τη χρήση συγκεκριμένων διεθνών επιστημονικών όρων (λημμάτων).

**Αποτελέσματα :** Βρέθηκαν οριστικά 13 επιστημονικές εργασίες που πληρούσαν τα κριτήρια της ανασκόπησης (6 σε ελληνικά περιοδικά, 7 σε διεθνή) από το σύνολο των 212 σχετικών μελετών. Οι μελέτες αυτές δεν αποτελούν εν τέλει αμιγώς ερευνητικές εργασίες (μελέτες πεδίου, κλινικές κλπ) αλλά περιλαμβάνουν ποιοτικά στοιχεία, όπως ανασκόπηση θέματος, ανάπτυξη ιατρικού θέματος, μελέτη περίπτωσης, συστάσεις θεραπευτικών παρεμβάσεων κλπ. Γενικά ωστόσο, για το τελευταίο χρονικό διάστημα (2000-16), η αναζήτηση φαίνεται ότι έδωσε ένα πολύ

μεγάλο πλήθος εργασιών, ιδιαίτερα στη διεθνή βάση MedLine, που σχετίζονταν όμως αποκλειστικά με τα παιδικά ατυχήματα και όχι με τα είδη των παιδικών ατυχημάτων και την αντιμετώπιση και την πρόληψη αυτών.

**Συμπεράσματα :** Συνοπτικά, διαπιστώνεται ότι έχει αναπτυχθεί αρκετά μεγάλος όγκος, βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τα παιδικά ατυχήματα τόσο σε ελληνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, ιδιαίτερα τα τελευταία δέκα χρόνια. Παρ' όλα αυτά, η έρευνα πρέπει να συνεχίσει, ώστε να βρεθούν όλες οι πιθανές αιτίες που μπορούν προκαλέσουν ένα ατύχημα. Αυτό περιλαμβάνει, από την έρευνα των εγκαταστάσεων που προσεγγίζουν τα παιδιά, μέχρι την υλοποίηση και την ανεύρεση κατάλληλων σεμιναρίων και προγραμμάτων που θα κάνουν λόγο για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ατυχημάτων, μέσα από την εκπαίδευση και την εκμάθηση, φροντίδας των παιδιών και πρώτων βοηθειών.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα ατυχήματα και οι συνακόλουθες κακώσεις της παιδικής ηλικίας και νέων ατόμων, αποτελούν μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυτό, συμβαίνει κυρίως λόγω του αυθορμητισμού, της ανωριμότητας και της αμφισβήτησης που χαρακτηρίζει αυτή την ηλικιακή περίοδο.

Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, τα παιδικά ατυχήματα έχουν πάρει στον τόπο μας διαστάσεις επιδημίας. Ευθύνονται για την πρόκληση πρόωμης θνησιμότητας και αναπηρίας, που σε σημαντικό ποσοστό, μπορούν να προληφθούν με τη συντονισμένη εφαρμογή προληπτικών στρατηγικών.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ενώ για κάθε κατηγορία ατυχήματος υπάρχουν αποδεδειγμένες μέθοδοι για τη μείωση, τόσο της πιθανότητας πρόκλησης, όσο και της βαρύτητας των ατυχημάτων, η αναγνώριση του προβλήματος και η πολιτική δέσμευση για ανάληψη δράσεων με σκοπό την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων παραμένει σε απαράδεκτα χαμηλά επίπεδα. Όμως, η αντιμετώπισή τους είναι εφικτή και η επιδημία είναι δυνατό να τεθεί υπό έλεγχο, όπως έχει δείξει η εμπειρία άλλων χωρών, που έχουν εφαρμόσει επιτυχή προγράμματα πρόληψης.

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

Για πολλές δεκαετίες, τα ατυχήματα αντιμετωπίζονταν χωρίς συντονισμό και πρόγραμμα και έτσι μόνο τα τελευταία χρόνια αποτελούν πρώτιστη φροντίδα των Υπηρεσιών Υγείας όλων των προηγμένων χωρών. Σήμερα, γίνονται προσπάθειες για την πληρέστερη μελέτη των αιτίων, της επιδημιολογίας, της αντιμετώπισης και κυρίως της πρόληψης των ατυχημάτων. Δημιουργούνται, λοιπόν, Ειδικά Κέντρα (Δηλητηριάσεων, Τραυματολογίας, Αντιμετώπισης Εγκαυμάτων κλπ.), όπου τα θύματα των ατυχημάτων αντιμετωπίζονται συντονισμένα και έγκαιρα από ομάδες ειδικών.

Η πρόληψη των ατυχημάτων, είναι μια διαδικασία πολύ-παραγοντική, όπου διακρίνεται σε ενεργητική πρόληψη, όπου οι γονείς μπορούν να σταθούν δίπλα στα

παιδιά τους και να τους δείξουν τι πρέπει να κάνουν, αλλά και σε παθητική πρόληψη, όπου οι γονείς παίρνουν προστατευτικά μέτρα, όπως είναι οι προστατευτικές μπάρες στις πισίνες, που μπορεί να μειώσουν τους πνιγμούς κατά 50% - 60%, ή το κλείδωμα των φαρμάκων σε μέρη που δεν μπορούν να φτάσουν τα παιδιά. Για την επίτευξη της πρόληψης λοιπόν, έχουμε χρέος πρώτα να ενημερώσουμε τους γονείς, αλλά και όσους περιβάλλονται και φροντίζουν παιδιά, για τα παιδικά ατυχήματα, καθώς και για την αναγνώριση της σημαντικότητας της πρόληψης αυτών.

Αυτός ο προβληματισμός, μπορεί να γεννήσει την ανάγκη στον νοσηλευτή να ασχοληθεί περισσότερο με το μείζον θέμα, να συνεισφέρει με τον τρόπο του στην γνώση της πρόληψης και αντιμετώπισης των παιδικών ατυχημάτων. Οι παραπάνω σκέψεις, αποτέλεσαν το κίνητρο για την ενασχόλησή μας με το θέμα και την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας πτυχιακής εργασίας, είναι η ενημέρωση όλων, για τα παιδικά ατυχήματα σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν γίνει και η αναγνώριση της σημαντικότητας της πρόληψης αυτών. Θα πρέπει ο κάθε γονέας να γνωρίζει τους αιτιολογικούς παράγοντες οι οποίοι ευθύνονται για τα παιδικά ατυχήματα, να είναι ικανός να απαριθμεί τα είδη των ατυχημάτων και να μπορεί να κατανοήσει και να εξηγήσει τον όρο «ατύχημα».

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας Κ. Ρίκο, διότι μας βοήθησε σημαντικά στην εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας, όχι μόνο με τις πολύτιμες συμβουλές του, αλλά και με την στοχευόμενη καθοδήγηση του.

Τέλος, είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν γονείς που, ειδικά στην δύσκολη εποχή που διανύουμε, σε στηρίζουν, τόσο ηθικά, συναισθηματικά και ψυχολογικά, όσο και με την οικονομική βοήθεια που μας προσέφεραν κατά την όλη διάρκεια των σπουδών μας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

#### 1.1. : ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΟΡΙΣΜΟΙ

Τα ατυχήματα αποτελούν μία από τις μεγαλύτερες και σοβαρότερες επιδημίες της εποχής μας, που έχουν πλήξει ποτέ την ανθρωπότητα. Η επιδημία αυτή, αποτελεί σήμερα ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, ίσως το πιο οξύ πρόβλημα στο χώρο της υγείας. Αυτό συμβαίνει, διότι το κόστος είναι τρομακτικό όχι μόνο όσον αφορά τις ανθρώπινες ζωές, τις αναπηρίες και την οικονομική εξαθλίωση, αλλά και ότι εναντίον της καμία χώρα και κανένας άνθρωπος δεν έχει ανοσία (Κακάρη, 2006).

Τα ατυχήματα, είναι η πρώτη αιτία θανάτου και αναπηρίας των παιδιών στη χώρα μας. Τα παιδιά και ιδιαίτερα τα αγόρια, αποτελούν την ευπαθέστερη στα ατυχήματα ομάδα του πληθυσμού. Η αντιμετώπιση του προβλήματος των ατυχημάτων είναι περίπλοκη και παρουσιάζει πολλές δυσκολίες. Είναι γνωστό σε όλους μας, ότι με τα εμβόλια καταφέραμε να εξαλείψουμε λοιμώδη νοσήματα, που στο παρελθόν αποτελούσαν μάστιγα. Εμβόλιο, όμως, κατά των ατυχημάτων για ριζική αντιμετώπιση, δυστυχώς δεν υπάρχει (Κακάρη, 2006).

Σύμφωνα με τον ορισμό των Ηνωμένων Εθνών, ένα παιδί, νοείται κάθε ανθρώπινο ον ηλικίας κάτω των 18 ετών. Τα παιδιά σε μικρή ηλικία είναι από τη φύση τους γεμάτα περιέργεια και δεν έχουν ανεπτυγμένη την αίσθηση του κινδύνου, για αυτό και είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στα ατυχήματα. Επιπλέον, διανύουν την φάση της ανάπτυξης του μυϊκού, σκελετικού και νευρικού συστήματος τους, με αποτέλεσμα να βρίσκονται σε διαρκή κίνηση (Τούντα, 2009).

Είναι θλιβερό το γεγονός ότι οι περισσότεροι τραυματισμοί συμβαίνουν, επειδή οι γονείς αγνοούν ή υποτιμούν ή υπερτιμούν τις δυνατότητες των παιδιών τους. Τα παιδιά υπολείπονται σε σωματικές και αναπτυξιακές δεξιότητες, παρουσιάζουν ποικίλου βαθμού εξάρτηση από τους μεγάλους, ανάλογα με την ηλικία, τα κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά, ενώ οι δραστηριότητες και οι συμπεριφορές τους, ενέχουν κινδύνους για πρόκληση ατυχημάτων και μεταβάλλονται με την αύξηση της ηλικίας (Δεδούκου, 2013).

Μεγαλώνοντας, αναπτύσσουν την αίσθηση του κινδύνου, επηρεάζονται όμως από άλλους παράγοντες, όπως είναι η ανάγκη επίδειξης, η εφηβική αντίδραση στις συμβουλές των ενηλίκων και στους νόμους, η έλξη προς την περιπέτεια και η επιθυμία του να είναι αποδεκτοί από τους άλλους, με αποτέλεσμα βέβαια να είναι εξίσου επιρρεπή στα ατυχήματα.

Τα ατυχήματα που απειλούν τα παιδιά είναι πολλά, όπως τα τροχαία, οι πτώσεις, οι δηλητηριάσεις, τα εγκαύματα, οι πνιγμοί, κλπ., τα οποία μπορούν να συμβούν οποιαδήποτε στιγμή και οπουδήποτε. Για παράδειγμα, πολλά από τα ατυχήματα των παιδιών συμβαίνουν στο σπίτι, στο σχολείο, στον δρόμο, στην παιδική χαρά, στις διακοπές κτλ. Ένα μη σοβαρό ατύχημα, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα να κάνει το παιδί περισσότερο προσεκτικό. Δυστυχώς όμως, πολλά από τα ατυχήματα είναι σοβαρά και καταλήγουν σε μόνιμες αναπηρίες ακόμα και σε θάνατο. Για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό να μάθουμε στα παιδιά μας από μικρή ηλικία να αναγνωρίζουν τους κινδύνους και να προστατεύονται από αυτούς. Γιατί είναι σημαντικό να τονίσουμε, ότι όταν ένα παιδί τραυματίζεται σωματικά, τραυματίζεται και ψυχικά, καθώς και όλη του η οικογένεια.

Σε αυτό το σημείο, η διευκρίνιση των παρακάτω ορισμών είναι σημαντική για την πλήρη κατανόηση των εννοιών αυτών. Λέγοντας ατύχημα, εννοούμε μια ξαφνική, ανεπιθύμητη, ακούσια και αρνητική εκδήλωση οδηγώντας σε ζημιές τους ανθρώπους, τις ιδιοκτησίες και το περιβάλλον. Η ετοιμολογία της λέξης «ατύχημα», προέρχεται από το ρήμα ατυχώ = αποτυγχάνω και γενικά ονομάζουμε κάθε κακοτυχία, ζημιά ή βλάβη (ποικίλης αιτιολογίας) (Μπάκα, Παπαμιχαήλ, 2008).

Έπειτα, ως τραυματισμός, ορίζεται η αρνητική συνέπεια του ατυχήματος για τους ανθρώπους και συνήθως αναφέρεται σε μια σωματική βλάβη, (Olsson, Ekman, Schyllander, 2011).

Ο όρος τραύμα, υποδηλώνει το σοβαρό σωματικό τραυματισμό από εξωτερικά αίτια, που περιλαμβάνει τα εγκαύματα και τον πνιγμό. Το τραύμα αντιστοιχεί σε μικρό μόνο αριθμό και αναλογικό ποσοστό των ατυχημάτων γενικότερα, αλλά είναι αυτό που :

- ➔ συνδέεται με τα ατυχήματα ως αιτία θανάτου.
- ➔ έχει τις μεγαλύτερες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών.
- ➔ έχει τις σοβαρότερες μακροχρόνιες επιπλοκές και τελικά.

➡ επιφέρει και το μεγαλύτερο κόστος στον τομέα της υγείας και στη κοινωνία γενικότερα (Μπάκα, Παπαμιχαήλ, 2008).

Σήμερα πιστεύουμε, πως εννιά στις δέκα φορές το ατύχημα οφείλεται σε ανθρώπινο λάθος, σε αμέλεια ή περιφρόνηση του κινδύνου. Ειδικότερα στα ατυχήματα των παιδιών, η άγνοια των γονέων και όλων όσων έχουν την επιμέλειά τους, αποτελεί έναν επιπρόσθετο σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα (Παπαδοπούλου, Τσουμάκας, 2000).

Στη διεθνή βιβλιογραφία, βλέπουμε ότι υπάρχει διχογνωμία όσον αφορά τον καταλληλότερο όρο που περιγράφει τις ακούσιες ή εκούσιες σωματικές βλάβες, οι οποίες προκύπτουν από οξεία έκθεση σε μηχανική, θερμική, ηλεκτρική ή χημική ενέργεια, συμπεριλαμβανομένων συνθηκών στέρησης βασικών ζωτικών παραμέτρων, όπως η θερμότητα και το οξυγόνο (Παπαδάτος, Πετρίδου, Τερζίδης, 2005). Η μία πλευρά υποστηρίζει ότι τα ατυχήματα είναι θέμα τύχης και δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα για προλάβουμε ένα ατύχημα, όμως η άλλη πλευρά θεωρεί ότι όλα ,σχεδόν, τα ατυχήματα μπορεί να προληφθούν και δεν είναι ολοκληρωτικά τυχαίο ένα ατύχημα (Κακάρη, 2006).

## **1.2. : ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ – ΕΙΔΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

Τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί είναι συχνό φαινόμενο, ειδικά μεταξύ των παιδιών ηλικίας 1 έως 4 ετών. Τα ατυχήματα που συμβαίνουν συνήθως, είναι ακούσια και απρόβλεπτα. Επομένως, είναι σημαντικό να έχουμε επίγνωση αυτών των πιθανών δυσάρεστων και ακούσιων γεγονότων, ώστε να διαδραματίσουμε έναν σημαντικό ρόλο με γνώμονα την πρόληψη και στην συνέχεια τη διαχείριση αυτών.

### **Πιο αναλυτικά τα παιδικά ατυχήματα, διακρίνονται σε :**

➡ **Ατυχήματα στο σπίτι και στον περιβάλλοντα χώρο** (πτώσεις, εισροφήσεις ξένων σωμάτων, πνιγμός, εγκαύματα, ηλεκτροπληξίες, τραυματισμοί και δηλητηριάσεις).

Οι τύποι των ατυχημάτων στα παιδιά που συμβαίνουν στο σπίτι, συνδέονται συχνά με την ηλικία και το επίπεδο ανάπτυξής τους. Τα μωρά είναι σε θέση να ξεγλιστρήσουν, να κατανοήσουν, να πιπλίσουν κτλ. Καθώς μεγαλώνουν μπορούν επίσης να είναι σε θέση να σταθούν, να καθίσουν, να ανιχνεύσουν και να βάλουν διάφορα πράγματα στο στόμα τους, (Περσιάνης,).

Με την πάροδο του χρόνου, τα παιδιά μπορούν να περπατήσουν, να κινηθούν, να φθάσουν τα πράγματα που είναι πιο ψηλά και να βρουν κρυμμένα αντικείμενα. Έτσι, έχοντας την αίσθηση της ελευθερίας και της κυκλοφορίας, τα νήπια μπορούν να κινηθούν πολύ γρήγορα, με αποτέλεσμα να υπάρξει κάποιο πιθανό ατύχημα εντός ολίγων δευτερολέπτων (Τρίμης, 2013).

Τα μικρά παιδιά, λοιπόν, δεν είναι σε θέση να καταλάβουν και να κατανοήσουν αν μια κατάσταση είναι επικίνδυνη. Οφείλουμε, λοιπόν, να ενημερώσουμε και να εκπαιδεύσουμε τον κάθε γονιό, για τους πιθανούς κινδύνους που κρύβει ένα σπίτι με σκοπό, να προσφέρουμε ένα ασφαλές, υγιές και φιλικό περιβάλλον για την οικογένεια και τα παιδιά (Αντωνιάδης, 2013).

➔ **Ατυχήματα έξω από το σπίτι** (τροχαία, αθλητικά, ατυχήματα αναψυχής, ατυχήματα σε αθλοπαιδιές, ατυχήματα στο σχολείο, στην παιδική χαρά, στις οικοδομές, στο χώρο εργασίας, γεωργικά μηχανήματα κ.λπ.).

Τα ατυχήματα έξω από το σπίτι, ίσως είναι πιο λίγα σε σχέση με εκείνα που συμβαίνουν μέσα στο σπίτι, αλλά αναμφισβήτητα πιο σοβαρά. Η έξοδος των παιδιών από το σπίτι είναι αναπόφευκτη αλλά και απαραίτητη. Τα τελευταία χρόνια, βέβαια, που τα έχουμε εγκλωβίσει μέσα σε μεγάλες πόλεις χωρίς παιδότοπους, πάρκα και γήπεδα, αυξάνεται ο κίνδυνος, ενώ θα μπορούσαν κάλλιστα να αναπτύξουν τις διάφορες δραστηριότητές τους.

Πρέπει, λοιπόν, να ενθαρρύνουμε και να επιδιώκουμε την έξοδο των παιδιών από το σπίτι, παράλληλα όμως, να συνειδητοποιήσουμε τους κινδύνους που υπάρχουν και να τα διδάξουμε με σωστό και κατανοητό τρόπο πως να προφυλαχθούν από μόνα τους.

➔ **Μη κατατάξιμα** (από πυρκαγιές, σεισμούς, αυτοκτονίες, οινόπνευματώδη, ναρκωτικά κ.λπ.) (Μουτσάνας, 2009). Σημαντική είναι η πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων, αλλά και η υποδομή που παρέχεται από τους ενήλικες είναι εξίσου σπουδαία, ώστε να μάθουν τα παιδιά από την πιο μικρή ηλικία, να αναγνωρίζουν τους κινδύνους και να αυτοπροστατεύονται. Προσοχή όμως στην υπερπροστασία, γιατί μπορεί εύκολα να φέρει το αντίθετο αποτέλεσμα.

**Τα είδη των παιδικών ατυχημάτων διαφέρουν ως προς τις ηλικιακές περιόδους των παιδιών, όπως φαίνονται στον παρακάτω πίνακα :**

<b>ΒΡΕΦΗ</b>	<b>ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ</b>
ΠΤΩΣΕΙΣ	ΠΤΩΣΕΙΣ	ΤΡΟΧΑΙΑ	ΤΡΟΧΑΙΑ
ΑΣΦΥΕΙΑ	ΠΝΙΓΜΟΣ	ΠΝΙΓΜΟΣ	ΠΝΙΓΜΟΣ
ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ	ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ	ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ	ΑΘΛΗΜΑΤΑ
ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ	ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ	ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ	ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ
			ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ
			ΑΛΚΟΟΛ- ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Πηγή: Παπαδοπούλου, Τσουμάκας, 2000.

Γι' αυτό τον λόγο, το ποσοστό της θνητότητας και της θνησιμότητας των παιδιών, διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, επειδή όπως είδαμε η κάθε ηλικία παρουσιάζει διαφορετικό είδος ατυχημάτων.

### **1.3. : ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

Τα αίτια που καθιστούν τα παιδιά μια από τις κυριότερες ευπαθείς ομάδες στα ατυχήματα, είναι :

- το φύλο του παιδιού.
- η σειρά γέννησής του.
- ένας προηγούμενος τραυματισμός σε ένα αδελφάκι.
- η καθυστερημένη ανάπτυξη της αδρής κινητικότητας.
- η μη επαρκής συνειδητοποίηση της σχέσης αιτίου – αποτελέσματος.
- η ανωριμότητα της παιδικής ηλικίας/κακή αντίληψη του κινδύνου.
- η αυξημένη περιέργεια.
- η τάση για εξερεύνηση.

- η άγνοια του κινδύνου.
- ο μειωμένος συντονισμός κινήσεων.
- ο αρνητισμός, Villalba, Trujillo, Vásquez, Coll, Torres, 2004.
- η ανώριμη και εγωκεντρική σκέψη (προσχολική ηλικία).
- η αποδοχή από συνομηλίκους (σχολική ηλικία).
- η έλξη από τη γοητεία της περιπέτειας (προεφηβική ηλικία).
- η αμφισβήτηση προσώπων και καταστάσεων (εφηβική ηλικία).
- το ενδιαφέρον για την αποδοχή τους από τα συνομήλικα παιδιά.
- οι κακές συνθήκες διαβίωσης.
- το επίπεδο εκπαίδευσης των γονιών.
- το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας.
- ο αριθμός μελών της οικογένειας.
- η νεαρή ηλικία της μητέρας.
- η εχθρότητα στις συμβουλές των γονέων (Τσουμάκας, 2004).
- το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά από τους γονείς.

Το επάγγελμα των γονιών (που λόγω αυτού αναγκάζονται να αναθέτουν τη φροντίδα τους στη γιαγιά ή στην οικιακή βοηθό, τη συμπεριφορά τους, και το νομοθετικό πλαίσιο της κάθε χώρας, που δημιουργούν θετικές ή αρνητικές συνθήκες για την πρόληψη των ατυχημάτων).

#### **1.4. : ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

Οι προδιαθεσιακοί παράγοντες για την πρόκληση των ατυχημάτων, μπορεί να είναι δύο ειδών, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι παράγοντες κατά την παιδική ηλικία.

- **Περιβαλλοντικοί παράγοντες :**

Η κατάσταση στο περιβάλλον του παιδιού, ενδέχεται να οδηγήσει το παιδί να πάθει ένα ατύχημα. Για παράδειγμα, αν η τοποθέτηση των επίπλων στο σπίτι δεν είναι σωστή, μπορεί να προκληθεί μια πτώση του παιδιού και να τραυματιστεί. Κατά την ώρα του μαγειρέματος, αν το πεδίο είναι ελεύθερο και το παιδί απροστάτευτο, μπορεί πολύ εύκολα να προκληθεί κάποιο έγκραυμα. Τα δέντρα ή οι σκάλες στο σπίτι, προσελκύουν ένα παιδί, οδηγώντας το σε πιθανή πτώση. Επίσης, πσίνες των υπαίθριων σπορ κτλ., μπορεί να οδηγήσουν σε έναν πνιγμό (Μουτσάνας, 2009).

#### ➔ **Παράγοντες κατά την παιδική ηλικία :**

Είαι οι παράγοντες με επίκεντρο το παιδί, όπου περιλαμβάνουν την φυσιολογική περιέργεια, την εξερεύνηση της φύσης και μίμησης ενός παιδιού. Πιο αναλυτικά, το παιδί μαθαίνει συνεχώς πράγματα και δεν έχει ακόμα κάποια εμπειρία, για να μπορεί να αποφύγει κάποιου είδους ατύχημα. Τα αγόρια, έχοντας στο αίμα τους το ερευνητικό κομμάτι, είναι πιο πιθανό να πάθουν κάποιο ατύχημα απ' ότι τα κορίτσια. Τα κορίτσια όμως, επηρεάζονται περισσότερο στο πεδίο της κουζίνας και του μαγειρέματος στο σπίτι από ό, τι τα αγόρια.

### **1.5. : ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

- ➔ Τροχαία 50%.
- ➔ Αυτά που συμβαίνουν στο σπίτι 35%.
- ➔ Όλα τα υπόλοιπα 15%, (Μουτσάνας, 2009).

**Η κατάταξή τους, ανάλογα με την αιτιολογία τους, εμφανίζεται παρακάτω:**

- ➔ Τροχαία ατυχήματα 38%.
- ➔ Πτώσεις 26%.
- ➔ Αθλοπαιδιές 13%.
- ➔ Γεωργικά Ατυχήματα 11%.
- ➔ Μαιευτικοί Τραυματισμοί 5%.
- ➔ Εγκαύματα 4%.

➡ Άλλες αιτίες 3%, (Ραμματά, 2015).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

#### ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

##### 2.1. : ΓΕΝΙΚΑ

Τα ατυχήματα, αποτελώντας μια από τις βασικότερες αιτίες τραυματισμού, συνιστούν σημαντικό πρόβλημα για τη Δημόσια Υγεία, επιφέροντας υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, ιδιαίτερα στον παιδιατρικό πληθυσμό και στις παραγωγικές ηλικίες (Μπάκα, Παπαμιχαήλ, 2008).

Σήμερα, τα ατυχήματα είναι η κυριότερη παιδική ασθένεια, ως η πρώτη αιτία θανάτου σε παιδιά και εφήβους στις αναπτυγμένες χώρες με ποσοστό 50% και ακολουθούν τα κακοήθη νοσήματα και οι συγγενείς ανωμαλίες (Κοφίνας, 2014).

Τα παιδιά, είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε τραυματισμούς και χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή για την προστασία των δικαιωμάτων τους στην υγεία και ένα περιβάλλον ασφαλές, απαλλαγμένο από κάθε είδους τραυματισμό (Sethi, Towner, Vincenten, Gomez, Racioppi, 2008).

**Για κάθε θάνατο ενός παιδιού που σημειώνεται από ατύχημα, αντιστοιχούν :**

- 3-4 αναπηρίες και 5-6 βαρείς τραυματισμοί με όλες τις θλιβερές συνέπειες.
- 50 εισαγωγές για αντιμετώπιση σε Νοσοκομεία.
- 500 επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας (Τσουμάκας, 2004).

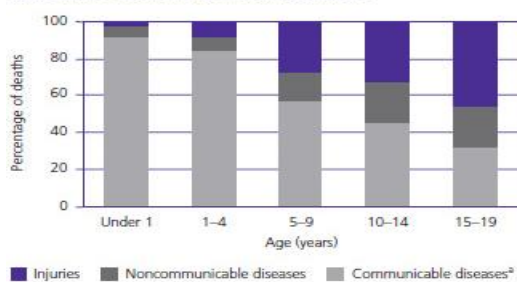
Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα ατυχήματα συγκαταλέγονται μεταξύ των πρώτων αιτιών θανάτου των παιδιών ηλικίας έως δεκαοχτώ ετών και ευθύνονται για το 40% των θανάτων της ηλικίας αυτής. Μετά το

πρώτο έτος της ζωής, αποτελούν στη χώρα μας την πρώτη αιτία θανάτου, ενώ τα τροχαία ατυχήματα και μόνον αναγνωρίζονται ως πρώτη αιτία θανάτου για την ηλικία 15-18 ετών και ως δεύτερη για την ηλικία 10-14 ετών (Δεδούκου,2013).

Κατά τη διάρκεια της πενταετούς περιόδου (1999-2003), το 41% των θανάτων των παιδιών ηλικίας 1-14 ετών (δηλαδή εξαιρουμένων των βρεφών), ήταν θάνατοι από τραυματισμούς (1.260 παιδιά). Συγκριτικά, οι τραυματισμοί που προκαλούνται, ήταν περίπου 6% των θανάτων των ατόμων ηλικίας δεκαπέντε ετών και άνω.

Η επόμενη πιο κοινή αιτία θανάτου των παιδιών αυτής της ηλικίας - κακοήγη νεοπλάσματα ή καρκίνος , προκαλείται λιγότερο από το ήμισυ του αριθμού των θανάτων παιδιών κατά την ίδια περίοδο (537 παιδιά). Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, ο αριθμός θανάτων των παιδιών λόγω τραυματισμού μειώθηκε σημαντικά (από 553 το 1983 σε 231 το 2003), ενώ ο αριθμός των θανάτων

Main causes of death among children, World, 2004



\* Includes communicable, maternal, perinatal and nutritional conditions.

Source: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

από καρκίνο μειώθηκε με βραδύτερο ρυθμό, 150-93.

Τα ατυχήματα, είναι μέχρι στιγμής το πιο σοβαρό πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι ενήλικες έως 34 ετών. Σύμφωνα με τα στοιχεία του (2002), οι θάνατοι που οφείλονται σε ατύχημα, ανέρχονται σε ποσοστό (του

συνόλου των θανάτων) :

- 8,3% στις ηλικίες 0-4 ετών.
- 38% στις ηλικίες 5-14 ετών.
- 73,5% στις ηλικίες 15-24 ετών.
- 56,5% στις ηλικίες 25-34 ετών (Νταλακούδης, 2010).

Οι πιο πρόσφατες στατιστικές ατυχημάτων από το Εθνικό Συμβούλιο Ασφάλειας, το Εθνικό Κέντρο για την Πρόληψη και τον Έλεγχο των τραυματισμών, καθώς και άλλων πηγών, αναφέρουν ότι :

➤ Ο τραυματισμός, είναι η κύρια αιτία θανάτου σε παιδιά και σε νεαρούς ενήλικες. Σύμφωνα με το CDC, περίπου 12.000 παιδιά και νεαροί ενήλικες, ηλικίας 1 έως 19 ετών, πεθαίνουν από ακούσιους τραυματισμούς κάθε χρόνο.

➤ Οι πτώσεις, είναι η κύρια αιτία των μη θανατηφόρων ατυχημάτων των παιδιών. Στα παιδιά ηλικίας δεκαεννέα ετών και κάτω, υπολογίζονται περίπου 8.000 πτώσεις που σχετίζονται με επισκέψεις σε τμήματα επειγόντων περιστατικών στο νοσοκομείο κάθε μέρα.

➤ Κάθε χρόνο περίπου εκατό παιδιά χάνουν τη ζωή τους σε ατυχήματα με το ποδήλατο και 254.000 τραυματίζονται.

➤ Ο πνιγμός, είναι η πέμπτη συχνότερη αιτία θανάτου από ακούσιο τραυματισμό στην Ευρωπαϊκή Ένωση και είναι η κύρια αιτία θανάτου από ακούσιο τραυματισμό που σχετίζονται παιδιά ηλικίας μεταξύ 1 έως 4.

➤ Η απόφραξη των αεραγωγών (ασφυξία), είναι η κύρια αιτία θανάτου από ακούσιο τραυματισμό που σχετίζονται με τον θάνατο ανάμεσα σε βρέφη ηλικίας κάτω του ενός έτους.

**Σε ότι αφορά την κατηγορία του ατυχήματος, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα, αλλά γενικότερα :**

➤ Τα βρέφη παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο πνιγμονής/ασφυξίας.

➤ Στα νήπια, καταγράφονται συχνότερα περιστατικά πνιγμού.

➤ Οι πτώσεις κατέχουν την πρώτη θέση μεταξύ των ατυχημάτων σε παιδιά ηλικίας έως τριών ετών, αλλά η αιτιολογική συμμετοχή αντικειμένων που σχετίζονται με αυτές είναι, π.χ. έπιπλα, σκάλες, εξοπλισμός παιδικής χαράς, διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία.

➤ Οι δηλητηριάσεις, εμφανίζουν ανοδική συχνότητα από την ηλικία των εννέα μηνών έως τους 23 μήνες ζωής και στη συνέχεια παρουσιάζουν προοδευτική μείωση.

➤ Όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξάνεται η συχνότητα των τροχαίων ατυχημάτων (Δεδούκου, 2013).

## **2.2. : ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΝ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ**

Τα ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε παιδιά και νέους και την τρίτη αιτία σε όλες τις ηλικίες, μετά τα καρδιαγγειακά και τα κακοήθη νοσήματα. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), 200.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο και περίπου εκατό παιδιά έως δεκατεσσάρων ετών κάθε εβδομάδα, εξαιτίας των ατυχημάτων (Κυριόπουλος,2008).

Πιο αναλυτικά, κάθε χρόνο στην Ευρώπη, 40.000 παιδιά χάνουν τη ζωή τους ως αποτέλεσμα ατυχήματος, ενώ υπολογίζεται ότι σε κάθε θάνατο, αντιστοιχούν μερικές χιλιάδες παιδιά που συνεχίζουν να ζουν με ποικίλης βαρύτητας αναπηρίες και ψυχικά τραύματα.

Περίπου ένα στα έξι παιδιά κάθε χρόνο στη Βρετανία, έχουν τραυματιστεί σοβαρά ώστε να παρευρεθούν σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών. Σε μία πληθυσμιακή μελέτη, το 44% των παιδιών έχουν αναφέρει ότι είχαν ένα ατύχημα που δικαιολόγησε την ιατρική περίθαλψη πριν να ήταν πέντε χρονών, όπου περίπου τα δύο τρίτα των ατυχημάτων αυτών ήταν στο σπίτι, και λιγότερο από 5% στο δρόμο (Alwash, McCarthy, 1988).

Αντιστοίχως στις ΗΠΑ, περισσότερα από 9.000 παιδιά χάνουν τη ζωή τους και πάνω από 225.000 απαιτείται να νοσηλευτούν λόγω ατυχήματος, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών ξεπερνά τα εννιά εκατομμύρια. Κατά μέσο όρο, 12.175 παιδιά 0-19 ετών πεθαίνουν κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες από ένα ακούσιο τραυματισμό.

Αν υπολογίσουμε όλα τα ατυχήματα, δηλαδή τροχαία, τραυματισμοί εκ προθέσεως, πνιγμοί, πτώσεις, δηλητηριάσεις και άλλα ατυχήματα, είναι υπεύθυνα για το θάνατο συνολικά περισσότερων από 20.000 παιδιά το χρόνο στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, τότε :

Τουλάχιστον 12.000 θάνατοι παιδιών το χρόνο θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί, εάν όλες οι χώρες του ΟΟΣΑ βρισκόντουσαν στο ίδιο επίπεδο σε ότι αφορά στην επίπτωση ατυχημάτων σε παιδικές ηλικίες που έχει η Σουηδία. Έτσι, υπολογίζεται ότι αν η χώρα μας, είχε το επίπεδο οργάνωσης πρόληψης και

αντιμετώπισης ατυχημάτων της Σουηδίας που έχει το μικρότερο αριθμό παιδικών θανάτων από τραυματισμούς στον κόσμο, θα είχαν σωθεί 211 ζωές παιδιών (Μπάκα, Παπαμιχαήλ, 2008).

➔ Τα αγόρια, έχουν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν από τραυματισμούς από ότι τα κορίτσια.

➔ Ο αριθμός των παιδικών θανάτων από τραυματισμούς στις χώρες του ΟΟΣΑ, ελαττώθηκε περίπου στο μισό μεταξύ του 1970 και του 1995. Το μερίδιο δε των θανάτων από τραυματισμούς στο σύνολο των αιτιών παιδικών θανάτων, ανήλθε από το 25% στο 37%.

➔ Οι θάνατοι παιδιών από οδικά ατυχήματα, αναλογούν στο 41% του συνόλου των θανάτων παιδιών από τραυματισμούς.

➔ Παρά το γεγονός ότι πολλές χώρες δεν παρέχουν επαρκή στοιχεία, φαίνεται ότι ο κίνδυνος παιδικού θανάτου από τραυματισμό αυξάνεται εκθετικά σε συνάρτηση με το χαμηλό βιοτικό επίπεδο.

Ταυτόχρονα, τονίζοντας το πρόβλημα των ατυχημάτων ως πρόβλημα του τομέα υγείας γενικότερα, στις ΗΠΑ, τον Καναδά, αλλά και την Ε.Ε, υπολογίζεται ότι σε κάθε θάνατο από ατύχημα αντιστοιχούν 30-45 ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας και περίπου 300 - 1.000 άτομα που χρειάζονται αντιμετώπιση στα εξωτερικά ιατρεία ως περιπατητικοί ασθενείς.

Όσον αφορά τα θύματα των θανατηφόρων οδικών ατυχημάτων, είναι κυρίως τα άτομα νεαρής ηλικίας. Σύμφωνα με τα διεθνή στοιχεία για τα οδικά ατυχήματα, η θνησιμότητα των ατόμων ηλικίας 15-44 ετών στη Γερμανία, στην Αυστραλία, στις ΗΠΑ, στη Γαλλία, στην Ιαπωνία και στην Αγγλία φθάνει στο διπλάσιο σε σχέση με εκείνη που παρατηρείται σε άτομα οποιασδήποτε άλλης ηλικίας (Καρδαρά, Παπαζαφειροπούλου, Παππάς, 2009).

Οι στρατηγικές πρόληψης στις ευρωπαϊκές χώρες, έχουν επιφέρει σημαντική μείωση των θανάτων που οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα. Για παράδειγμα, στη Γαλλία, κατά τα έτη (2002-2004), βελτιώσεις στην οδική ασφάλεια οδήγησαν σε μείωση κατά 34% των θανάτων από τροχαία (Καρδαρά, Παπαζαφειροπούλου, Παππάς, 2009).

Οι τραυματισμοί από πτώσεις, ήταν η κύρια αιτία των μη θανατηφόρων τραυματισμών. Κάθε χρόνο, περίπου 2,8 εκατομμύρια παιδιά, είχαν μια πρώτη επίσκεψη σε τμήμα επειγόντων περιστατικών για τραυματισμούς από πτώση. Τα παιδιά κάτω του ενός έτους, αντιπροσώπευαν πάνω από το 50% των μη θανατηφόρων τραυματισμών. Η πλειοψηφία των μη θανατηφόρων τραυματισμών, είναι λόγω πέντε αιτιών :

➔ Οι πτώσεις, ήταν η κύρια αιτία των μη θανατηφόρων τραυματισμών για όλες τις ηλικίες κάτω των δεκαπέντε.

➔ Για τα παιδιά ηλικίας 0-9, οι δυο κύριες αιτίες ήταν η παγίδευση και ο τραυματισμός με κάποιο αντικείμενο, καθώς και τα δαγκώματα ζώων ή τσιμπήματα εντόμων.

➔ Για παιδιά ηλικίας 10 έως 14 ετών, οι κύριες αιτίες ήταν ο τραυματισμός από ή ενάντια σε ένα αντικείμενο και η υπερπροσπάθεια.

➔ Για παιδιά 15-19 ετών, οι τρεις κύριες αιτίες των μη θανατηφόρων τραυματισμών, ήταν να είχαν πληγωθεί από ή κατά ένα αντικείμενο, πέφτοντας, και οι τραυματισμοί επιβατών του οχήματος με κινητήρα.

**Τα μη θανατηφόρα ποσοστά τραυματισμών, ποικίλλουν ανά ηλικιακή ομάδα :**

➔ Τα μη θανατηφόρα ποσοστά ασφυξίας, ήταν υψηλότερα για όσα ήταν μικρότερα του ενός έτους.

➔ Τα ποσοστά εγκαυμάτων και πνιγμών ήταν υψηλότερα για παιδιά κάτω των τεσσάρων ετών.

➔ Τα παιδιά 1-4 ετών, είχαν τα υψηλότερα ποσοστά μη θανατηφόρων πτώσεων και δηλητηριάσεων (Ανώνυμος, 2008).

### **2.3. : ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Σήμερα, τα ατυχήματα είναι η κυριότερη παιδική ασθένεια. Τα παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με τον κίνδυνο ατυχήματος τρεις φορές περισσότερο από τους

ενήλικες. Για τα Ελληνόπουλα, τα ατυχήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου (50%), με δεύτερη τα κακοήθη νοσήματα (16%) και τρίτη τις συγγενείς ανωμαλίες (8%). Κάθε χρόνο στην Ελλάδα, 500.000 παιδιά τραυματίζονται από διάφορες αιτίες, 700 από αυτά χάνουν τη ζωή τους και 3.000 μένουν ανάπηρα για όλη τους τη ζωή (Τσουμάκας, 2004).

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία που δημοσίευσε η επιστημονική ομάδα του ΚΕΠΑ στην ιστοσελίδα του Κέντρου, με βάση τα στοιχεία που έχουν στη διάθεσή τους (1992-2004), παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα 1.593 ακούσιοι θάνατοι παιδιών ηλικίας 0-14 ετών, όπου :

➔ οι 874 οφείλονταν σε τροχαία.

➔ οι 135 σε πνιγμούς.

➔ οι 82 σε πτώσεις.

➔ οι 47 σε εγκαύματα.

➔ οι 23 σε δηλητηριάσεις.

➔ οι 61 περίπου από τους εκατό θανάτους των παιδιών που σημειώνονται ετησίως στη χώρα μας, η μεγαλύτερη αναλογία για όλα σχεδόν τα είδη ατυχημάτων και όλες τις ηλικιακές ομάδες, αφορά αγόρια (60%) (Μπάκα, Παπαμιχαήλ, 2008).

Στην Ελλάδα, οι δείκτες θνησιμότητας σε όλες τις κατηγορίες ακούσιων τραυματισμών στους άνδρες, είναι τέσσερις φορές υψηλότεροι από ότι στις γυναίκες. Οι πτώσεις αποτελούν το μοναδικό τύπο ακούσιου τραυματισμού, όπου ο δείκτης θνησιμότητας στις γυναίκες ξεπερνάει ακόμα και τον αντίστοιχο των τροχαίων ατυχημάτων, τα οποία αποτελούν μακράν την κύρια αιτία θνησιμότητας από τραυματισμούς και για τα δύο φύλα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (Δεσύπρης, Παπαδοπούλου, Πετρίδου, 2013)

Η ίδια αναφορά, μας ενημερώνει ότι στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία (1992-2004) :

➔ Πρώτη αιτία θανάτου, αποτελούν τα τροχαία ατυχήματα για παιδιά 0-14 ετών με 67 θανάτους ανά έτος. Σε αυτούς, το 52% αντιστοιχεί σε παιδιά επιβάτες

του οχήματος, το 37% σε παιδιά πεζούς και το 11% σε παιδιά που οδηγούν το όχημα. Τα αγόρια οποιασδήποτε ηλικιακής ομάδας, αλλά ιδιαίτερα της ομάδας 10-14 ετών, εμφανίζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα.

➤ Δεύτερη σημαντικότερη αιτία θανάτου από ατύχημα στα ελληνόπουλα ηλικίας 0- 14 ετών, είναι οι πνιγμοί με περίπου δέκα θανάτους/έτος, και πάλι με υψηλότερη συχνότητα στα αγόρια. Κάθε χρόνο, πάνω από τριακόσια άτομα χάνουν τη ζωή τους από πνιγμό στη θάλασσα. Οι θάνατοι, δεν συμβαίνουν μόνο σε λουόμενους, αλλά και σε άτομα που χρησιμοποιούν πλωτά μέσα για μετακίνηση, αναψυχή, ψάρεμα και άθληση.

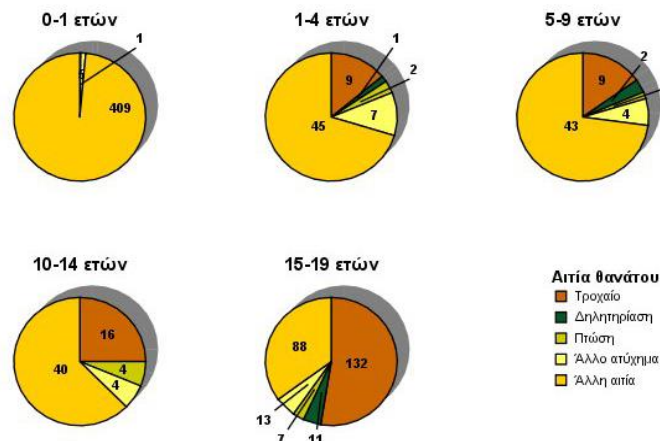
➤ Οι θάνατοι από πτώσεις αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου για τα παιδιά ηλικίας 0-14 ετών στην Ελλάδα με κατά μέσο όρο έξι θανάτους ετησίως, (Κυριόπουλος,2008).

➤ Τα εγκαύματα, τέλος, αποτελούν την τέταρτη κατά σειρά αιτία θανάτου για τα παιδιά στην Ελλάδα (τέσσερις θάνατοι/έτος).

➤ Όσον αφορά τις δηλητηριάσεις, σύμφωνα με τον παιδίατρο Α. Τομαρά, η Ελλάδα κατέχει την έβδομη θέση μεταξύ των δεκαπέντε παλαιότερων μελών της Ε. Ε. σε συχνότητα φαρμακευτικών δηλητηριάσεων, με τετρακόσια εξήντα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους (Μπουλουτζά, 2007).

Αναλύοντας όμως τους θανάτους ανά ηλικιακή ομάδα, φαίνεται ότι τα ατυχήματα αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες θανάτου σε παιδικές ηλικίες και για τη χώρα μας (Μπάκα, Παπαμιχαήλ, 2008).

**Έτσι, τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, δείχνουν ότι :**





➤ Στην ηλικία <1 έτους οι θάνατοι οφείλονται κυρίως σε άλλα αίτια (συγγενείς ανωμαλίες, περιγεννητική θνησιμότητα) και στα ατυχήματα αναλογεί μόνο το 0,24% των θανάτων.

➤ Στην ηλικία 1-4 ετών οι θάνατοι από ατύχημα αυξάνονται δραματικά στο 29,7% των θανάτων αυτής της ηλικιακής ομάδας (αν αφαιρέσουμε το ποσοστό των δηλητηριάσεων που δεν σχετίζεται ιδιαίτερα με το τραύμα το ποσοστό είναι 28,1% ).

➤ Στην ηλικιακή ομάδα 5-9 ετών το ποσοστό θανάτων από κάποιο ατύχημα ανέρχεται σε 27,1% (23,7% χωρίς τις δηλητηριάσεις).

➤ Στην ηλικιακή ομάδα 10-14 ετών, το ποσοστό θανάτων που οφείλεται σε ατύχημα αναλογεί σε 37,5% (στις ηλικίες αυτές δεν καταγράφηκαν θάνατοι από δηλητηρίαση).

➤ Στην ομάδα των εφήβων 15-19 ετών, τα ατυχήματα με έμφαση στα τροχαία ατυχήματα πλέον, αναλογούν στο 64,9% των θανάτων (60,5% χωρίς τις δηλητηριάσεις).

Στην Ελλάδα, κατά το χρονικό διάστημα της πενταετίας (1996-2000), διαπιστώθηκαν στο Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων στα Εξωτερικά Ιατρεία (ΣΚΑΕΙ), στο οποίο συνεργάζονται τέσσερα νοσοκομεία της χώρας, 3.917 τροχαία ατυχήματα σε παιδιά έως δεκαπέντε ετών, όπου :

➤ Το 45% από αυτά ήταν πεζά.

➤ Το 27% επιβάτες αυτοκινήτων.

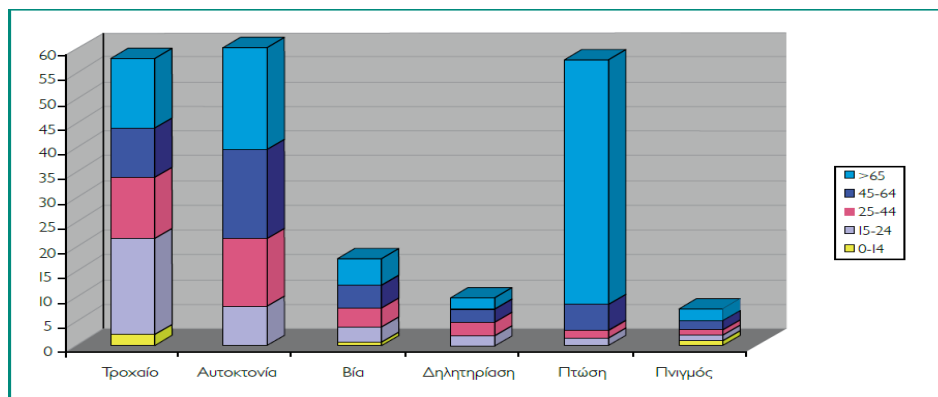
➤ Το 3, 5% ήταν οδηγοί μηχανοκίνητων δίκυκλων.

➤ Το 10% επιβάτες αυτών (Τερζίδης, 2011).

Ένα στα δέκα παιδιά έκανε ποδήλατο την ώρα του ατυχήματος, ενώ είναι αξιοσημείωτο ότι κανένα εξ' αυτών δε φορούσε κράνος. Στο ίδιο χρονικό διάστημα, στο ΣΚΑΕΙ, διαπιστώθηκαν 9.614 τροχαία ατυχήματα με παθόντες εφήβους και νέους (15 έως 25 ετών). Τα θύματα αυτής της ηλικιακής ομάδας, τραυματίστηκαν κυρίως ως οδηγοί και επιβάτες μηχανοκίνητων δίκυκλων (δύο στα τρία περιστατικά)

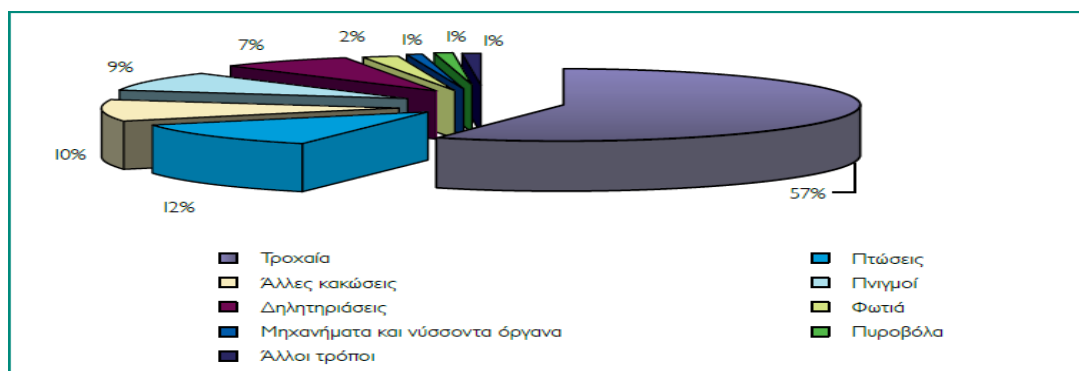
και λιγότερο συχνά ως αυτοκινητιστές ή πεζοί (12% και 5% αντίστοιχα) (Τερζίδης, 2011).

Παρακάτω, βλέπουμε ένα γράφημα θνησιμότητας κακώσεων (ανά 100.000 άτομα).

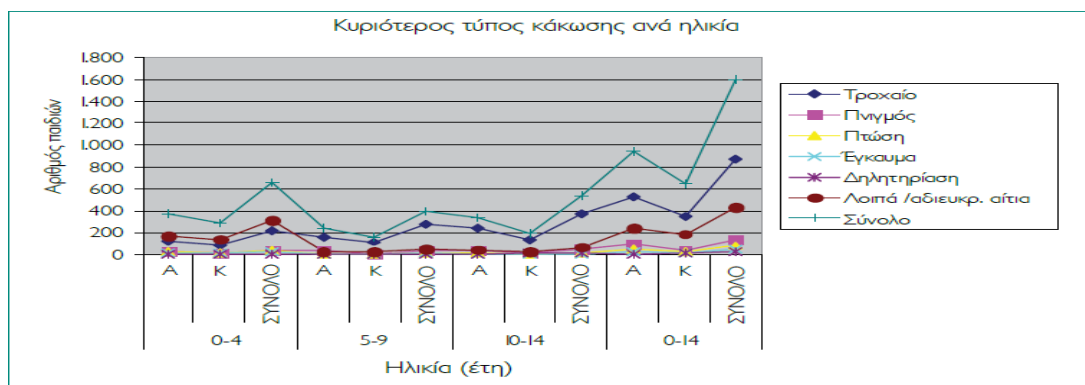


Ο κίνδυνος διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία: σε παιδιά, εφήβους και νέους 1 έως 24 ετών, τα τροχαία αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου από κάκωση, ενώ στην τρίτη ηλικία οι πτώσεις ευθύνονται για τους περισσότερους θανάτους από ακούσιες κακώσεις. Αξιοσημείωτα, παρατηρείται μία πτωτική τάση κάποιων ειδών κακώσεων τα τελευταία χρόνια σε παιδιά και νέους, και συγκεκριμένα των κακώσεων από τροχαίο, των πνιγμών και της βίας, ενώ οι θάνατοι από δηλητηριάσεις αυξήθηκαν (Κυριόπουλος, 2008).

Παρακάτω, παρατηρούμε ένα γράφημα θνησιμότητας κακώσεων (ανά 100.000 άτομα) κατά είδος στην Ελλάδα (Π.Ο.Υ. 2005).



Τα δεδομένα δείχνουν ότι κατά την τελευταία διαθέσιμη περίοδο (1992-2004) παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα 1.593 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 ατύχημα, οι αιτίες ήταν αδιευκρίνιστες. Η κατανομή των προαναφερόμενων θανάτων ανά είδος ατυχήματος, ηλικιακή ομάδα και φύλο παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα (Κυριόπουλος,2008).



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%). Η ειδική ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο θνησιμότητα στην περίοδο που εξετάζεται, απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 5-9 (Κυριόπουλος,2008).

Τέλος, όσον αφορά για το ποια ατυχήματα αποτελούν συνήθως τους πιο σοβαρούς τραυματισμούς, είναι η θερμότητα και οι πτώσεις από τα ύψη. Τα μεγαλύτερα παιδιά, είναι πιο πιθανό να πάθουν κατάγματα σε σχέση με τους νεότερους. Τα μικρότερα παιδιά, έχουν υψηλότερο ποσοστό από κάποιο έγκαυμα, δηλητηρίαση και ατύχημα από κατάποση (Brinkworth, 2015).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

#### 3.1. ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

##### 3.1.1. : ΟΡΙΣΜΟΣ

Με τον όρο έγκαυμα, αναφερόμαστε στη βλάβη του δέρματος από την επίδραση της θερμότητας η οποία μπορεί να είναι αέρια, υγρή, ή και στερεή (Γιαννάς,2015). Επιπλέον, μπορεί να είναι επίδραση χημικών ουσιών, ηλεκτρικού ρεύματος ή ακτινοβολίας στο σώμα. Η έκταση της βλάβης, είναι αποτέλεσμα της έντασης της θερμότητας και της διάρκειας της έκθεσης (Gärdsmo Pettersson, 2013).

##### 3.1.2.: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Έρευνες δείχνουν, ότι τα περισσότερα περιστατικά εγκαυμάτων συμβαίνουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Τα εγκαύματα αποτελούν την δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτων σε παιδιά στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όπου αντιπροσωπεύουν το τρίτο πιο συχνό αίτιο θνησιμότητας στις ηλικίες μέχρι 5 ετών και το πρώτο αίτιο που οδηγεί σε θανάτους από 0-3 ετών, στην κατηγορία των ατυχημάτων.

**Τα εγκαύματα διακρίνονται στις παρακάτω ομάδες.**

➔ *Εγκαύματα πρώτου βαθμού*, όταν έχει καταστραφεί μόνο η επιδερμίδα και το δέρμα είναι κόκκινο ή ανοιχτό ροζ, αλλά δεν είναι «σκασμένο» και δεν υπάρχουν φουσκάλες. Συνήθως εδώ ανήκει το ηλιακό έγκαυμα. Είναι επώδυνο και αποθεραπεύεται μέσα σε 3-7 ημέρες.



➔ *Εγκαύματα δευτέρου βαθμού*, όταν έχει καταστραφεί η επιδερμίδα και το ανώτερο μέρος του χορίου και το δέρμα είναι κόκκινο, μαλακό πρησμένο και με φουσκάλες (μερικού πάχους). Οι φουσαλίδες αυτές, είναι δυνατό να επιμολυνθούν ή και να σχηματίσουν φλύκταινες με σαφή πλέον στοιχεία φλεγμονής. Συχνά τέλος, η βλάβη επεκτείνεται και βαθύτερα με αποτέλεσμα την καταστροφή πλέον της αρχιτεκτονικής όλων των στοιβάδων



του δέρματος. Το έγκαυμα είναι επώδυνο και αποθεραπεύεται συνήθως μέσα σε 10-20 ημέρες ή και περισσότερο αν εμφανισθούν επιπλοκές (Κοντογιάννης, 2015).

➔ **Εγκαύματα τρίτου βαθμού**, όταν έχει καταστραφεί όλο το πάχος του δέρματος, μέχρι το υποδόριο λίπος ή και βαθύτερα και το δέρμα είναι άσπρο και ζαρωμένο ή μαύρο (ολικού πάχους). Συνήθως δεν υπάρχουν φυσαλίδες. Δεν προκαλείται πόνος, γιατί οι εμύελες νευρικές απολήξεις στο χόριο έχουν καταστραφεί. Η νέκρωση που δημιουργείται, διακρίνεται σε ξηρή (χωρίς φλεγμονή) και υγρή (οίδημα και φλεγμονή λόγω επιμολύνσεων) (Φαφούτη, 2015).



**Επίσης, τα εγκαύματα διακρίνονται σε σχέση με την αιτία που τα προκάλεσε στα εξής είδη:**

➔ **Θερμικά** : Όταν το αίτιο είναι η φωτιά, τα καυτά υγρά (λάδι, νερό, καφές) ή τα καυτά στερεά αντικείμενα. Το συνηθέστερο αίτιο στα παιδιά, είναι η επίδραση των θερμών υγρών. Χαρακτηριστικό των εγκαυμάτων αυτών, είναι ότι καταλαμβάνουν σε σχέση με τα ηλεκτρικά εγκαύματα, μεγάλη έκταση αλλά είναι σχετικά μικρού βάθους.

➔ **Ηλεκτρικά** : Όταν το αίτιο είναι το ηλεκτρικό ρεύμα. Εδώ η διαδρομή του μέσα από το ανθρώπινο σώμα, δημιουργεί διαφόρου βαθμού κακώσεις στους ιστούς, μέχρι και το θάνατο. Συνήθως η νέκρωση των ιστών είναι πολύ σοβαρότερη από ότι φαίνεται στην αρχική εκτίμηση, γιατί οι βλάβες είναι μεγαλύτερες σε έκταση και σε βάθος, συνέπεια της νέκρωσης μυών και τενόντων που προκαλεί το ρεύμα στη διαδρομή του.

➔ **Χημικά** : Εδώ το αίτιο είναι χημικές ουσίες, που όταν έρθουν σε επαφή με το δέρμα, δημιουργούν ιστικές καταστροφές. Τα χημικά εγκαύματα όμως, αν και συνήθως είναι εγκαύματα περιορισμένης έκτασης, εντούτοις είναι συχνά, διότι οι βλαπτικές χημικές ουσίες δεν περιορίζονται μόνο στη βιομηχανική χρήση, αλλά χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο σε σκευάσματα οικιακής χρήσης όπως απορρυπαντικά, εντομοκτόνα και διαλύματα καθαρισμού ειδών υγιεινής. Τα χημικά εγκαύματα εκτός από τοπικές βλάβες, εάν απορροφηθούν δημιουργούν συστηματικές τοξικές βλάβες.

➤ **Ακτινικά :** Όταν το αίτιο είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία. Αυτή μπορεί να είναι ιατρογενής (θεραπευτικές ή διαγνωστικές ακτινοβολίες) αλλά και η ηλιακή ακτινοβολία (έγκαυμα μετά από πολύωρη ηλιοθεραπεία). Το ακτινικό έγκαυμα, οφείλεται στην επίδραση της ακτινοβολίας επί του δέρματος και των υποκείμενων ιστών. Εμφανίζει την οξεία και τη χρόνια φάση. Η οξεία φάση εμφανίζεται δύο περίπου ημέρες μετά την εφαρμογή των ακτινών με σημεία τοπικής φλεγμονής και θεραπεύεται συντηρητικά. Κατόπιν, μεταπίπτει στη χρόνια φάση, η οποία αποτελεί και τη γνωστή χρόνια ακτινο-δερματίτιδα (Γκούφα 2008).

### **3.1.3. : ΠΡΟΛΗΨΗ**

Οδηγό σημείο πρέπει να αποτελέσει η αλλαγή της διαδεδομένης αντίληψης, ότι το ατύχημα αποτελεί κατά κανόνα "τυχαίο" και κατά συνέπεια αναπόφευκτο γεγονός ([Ελληνική Εταιρία Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας](#), 2002).

#### **Μέτρα Πρόληψης Εγκαυμάτων**

Το νομικό πλαίσιο της ασφαλείας και η πολιτική δέσμευση εφαρμογής της νομοθεσίας έχει τη δυνατότητα, σε συνδυασμό με την εκπαίδευση/ενημέρωση του κοινού να επηρεάζει και να διαμορφώνει συνθήκες ασφαλούς περιβάλλοντος και ανθρώπινες συμπεριφορές και στάσεις που προάγουν την ασφάλεια των παιδιών και την προστασία τους από τα ατυχήματα.

#### ➤ **Εκπαίδευση ειδικών και ενημέρωση κοινού:**

Αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο, αφού προσφέρει τόσο ευαισθητοποίηση όσο και την απαραίτητη γνώση, ώστε έγκαιρα να αναγνωρίζονται οι πιθανοί κίνδυνοι και να εφαρμόζονται τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα.

- **Ο ρόλος της επίβλεψης:**

Η επίβλεψη των παιδιών αποτελεί καθοριστική παράμετρο για την προστασία τους από τα ατυχήματα και την ασφάλειά τους γενικότερα. Τα χαρακτηριστικά της «ποιοτικής» επιτήρησης περιλαμβάνουν ιδιαίτερη προσοχή, με συνεχή οπτική και ακουστική επαφή με το παιδί, εγγύτητα που παρέχει τη δυνατότητα άμεσης σωματικής παρέμβασης και απομάκρυνσης από επικίνδυνα σημεία και αδιάλειπτη παρακολούθηση.

### ➤ **Τεχνολογικές – μηχανικές παρεμβάσεις:**

Στοχεύουν στην παθητική ασφάλεια και χρησιμοποιούν το σχεδιασμό χώρων και αντικειμένων με κριτήριο τον περιορισμό της πιθανότητας πρόκλησης ατυχήματος ή τη μείωση της βλαπτικής ενέργειας στην οποία μπορεί ένα άτομο να εκτεθεί κατά τη διάρκεια ενός ατυχήματος. Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν για παράδειγμα, τη χρήση μη εύφλεκτων υφασμάτων για το ρουχισμό των παιδιών, τη χρήση ανιχνευτών καπνού (Δεδούκου, 2013).

**Πιο συγκεκριμένα , για την αποφυγή ενός τέτοιου τραυματισμού οι γονείς θα πρέπει:**

➤ Να καλύπτουν τις πρίζες του ηλεκτρικού με προστατευτικά καλύμματα.

➤ Να φυλάνε τα σπέρτα και τους αναπτήρες σε μέρη που δεν μπορούν να φτάσουν τα παιδιά.

➤ Να αποσυνδέουν από τις πρίζες τις μικροσυσκευές όταν δεν χρησιμοποιούνται (για παράδειγμα η σόμπα).

➤ Να τοποθετούν τον βραστήρα και τη φριτέζα, καθώς και τα καλώδιά τους μακριά από σημεία που μπορεί να προσεγγίσει ένα παιδί.

➤ Να τοποθετούν στις βρύσες συσκευές προστασίας από το ζεμάτισμα.

➤ Να μην τοποθετούν ζεστά ροφήματα πάνω σε τραπεζομάντηλα που μπορεί να τραβήξουν τα παιδιά.

➤ Να έχουν πάντα στην κουζίνα έναν πυροσβεστήρα.

➤ Να διδάσκουν τα παιδιά κατάλληλα ώστε να αποφεύγουν την κουζίνα και να μην παίζουν με τις πρίζες, τα σπέρτα και τους αναπτήρες.

➤ Να έχουν τα μαγειρικά σκεύη στα πίσω μάτια της κουζίνας και οι λαβές να είναι στραμμένες προς τον τοίχο.

➔ Το σίδερο και η πρέσα αμέσως μετά την χρήση τους, θα πρέπει να φυλάσσονται σε χώρο που δεν θα μπορεί να έχει πρόσβαση ένα παιδί (Μπελεχρή και συν., 2002, Δεδούκου και συν., 2002).

#### **Στο μπάνιο :**

➔ Να ελέγχουν την θερμοκρασία του νερού στο εσωτερικό του αντιβραχίου τους.

➔ Να μην αφήνουν το παιδί να ανοίγει μόνο του την βρύση.

➔ Να έχουν ρυθμίσει τον θερμοσίφωνα στους 45 – 55 °C.

➔ Να διδάσκουν τα παιδιά τους να ρυθμίζουν την βρύση για την θερμοκρασία του νερού.

➔ Να έχουν βάλει προστατευτικά καλύμματα στα σώματα θέρμανσης

#### **Στο σαλόνι :**

➔ Να έχει τοποθετηθεί προστατευτικό τζάμι στο τζάκι. Το τζάκι και η καμινάδα θα πρέπει να έχουν καθαριστεί, ώστε να μην καπνίζουν μέσα στο σπίτι, κάτι που είναι πολύ επικίνδυνο για την υγεία των μικρών παιδιών.

➔ Να μην αφήνονται κεριά, αναπτήρες, σπέρτα χωρίς επίβλεψη.

➔ Οι ηλεκτροπληξίες αντιμετωπίζονται άριστα με τον ειδικό διακόπτη ασφαλείας που πρέπει όλα τα σπίτια να έχουν στον πίνακα ηλεκτροδότησης (Δεδούκου, 2002, Τσελίκας, 2005).

### **3.1.4. : ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Μια ταξινόμηση των εγκαυμάτων σε μικρής και μεγάλης έκτασης, είναι διαφωτιστική για την αντιμετώπιση τους. Μικρά χαρακτηρίζονται όσα εκτείνονται σε λιγότερο από το 10% της σωματικής επιφάνειας, ασχέτως βάθους, ενώ μεγάλα όλα τα υπόλοιπα. Τα θερμικά εγκαύματα που είναι μικρά, μπορούν να αντιμετωπιστούν με την εφαρμογή κάποιων τοπικών





μέτρων (Κοσέογλου και Μητσόπουλος, 2002).

#### **Για εγκαύματα πρώτου βαθμού:**

- Απομακρύνετε το παιδί από την εστία θερμότητας.
- Βγάλτε του αμέσως τα ρούχα από την καμένη περιοχή.
- Ρίξτε δροσερό νερό στην καμένη περιοχή, αλλιώς μια κρύα κομπρέσα για 3-5 λεπτά.
- Μην απλώσετε βούτυρο ή λίπος.
- Δώστε στο παιδί κάτι για τον πόνο (Μπούζιου και Σιδέρη, 2008).

#### **Για εγκαύματα δευτέρου και τρίτου βαθμού:**

- Αναζητήστε επείγουσα ιατρική βοήθεια.
- Κρατήστε το παιδί ξαπλωμένο με την καμένη περιοχή σηκωμένη.
- Ακολουθήστε τις οδηγίες για εγκαύματα πρώτου βαθμού.
- Απομακρύνετε όλα τα κοσμήματα και τα ρούχα από το έγκαυμα, εκτός από τα ρούχα που έχουν κολλήσει στην πληγή.
- Μην σπάτε τις φουσκάλες.
- Ρίξτε στην περιοχή δροσερό νερό για τουλάχιστον 3-5 λεπτά και καλύψτε τη με ένα απλό καθαρό πανί μέχρι να φτάσει η βοήθεια.

## **3.2. : ΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ**

### **3.2.1. : ΟΡΙΣΜΟΣ**

Πτώση, ονομάζεται η ακούσια ή εκούσια κίνηση προς το έδαφος. Πτώση μπορεί να θεωρηθεί από ένα γλίστρημα με μια μπανανόφλουδα μέχρι την ηθελημένη πτώση από την ταράτσα ενός κτιρίου (Ανώνυμος, 2015).

Τραύμα ονομάζεται στην ιατρική "κάθε βίαιη καταστροφή ιστών, εσωτερική ή εξωτερική, ανεξάρτητα από το αίτιο που την προκάλεσε". Αυτός είναι ο ορισμός

που επικρατεί στο [Νοσοκομείο Ατυχημάτων](#) (ΚΑΤ) και ακολουθεί τον ορισμό της [Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας](#).

### **3.2.2. : ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ**

Οι τραυματισμοί αντιπροσωπεύουν το 9% της παγκόσμιας θνησιμότητας και αποτελούν απειλή για την υγεία σε κάθε χώρα του κόσμου. Τα παιδιά ηλικίας 19 και κάτω λογαριασμό για περίπου 8.000 πτώση που σχετίζονται με επισκέψεις σε τμήματα επειγόντων περιστατικών στο νοσοκομείο κάθε μέρα. Θάνατοι λόγω τραυματισμού κατά μέσο όρο, 12.175 παιδιά 0-19 ετών πέθαναν κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες από ένα ακούσιο τραυματισμό. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Αμερικανικής Παιδιατρικής Ακαδημίας, τα αγόρια παρουσιάζουν διπλάσιο κίνδυνο από τα κορίτσια να τραυματιστούν από κάποια πτώση, (W.H.O., 2015).

Τα ανοιχτά παράθυρα, οι καρέκλες ή οι σκάλες στο μπαλκόνι και οι ταράτσες είναι παράγοντες, που όταν συνδυάζονται με την έμφυτη παιδική περιέργεια, συνιστούν κίνδυνο. Τα παιδιά σκαρφαλώνουν, τα παιδιά ανεβαίνουν, τα παιδιά ψάχνουν. Τα ατυχήματα στην κουζίνα και στις σκάλες, είναι συχνά η πιο σοβαρή. Τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν σε παιδική ηλικία αργά το απόγευμα και νωρίς το βράδυ, το καλοκαίρι, κατά τη διάρκεια των σχολικών διακοπών και τα Σαββατοκύριακα,(Packard, 2015).

**Σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία από τη χώρα μας οι τραυματισμοί που συμβαίνουν στα παιδιά, διακρίνονται σε :**

➔ **Αυτούς από τους οποίους δεν απειλείται η ζωή του παιδιού όπως :**

Θλάσεις, αιματώματα, κράμπες, καθυστερημένος μυϊκός πόνος, διαστρέμματα, υπεξαρθρήματα, εξαρθρήματα, διάφορες εκδορές (μωλωπισμοί, κοψίματα, τρυπήματα) και μικρές αιμορραγίες (από τη μύτη, από το στόμα, αυτιά), λιποθυμικές καταστάσεις και κατάγματα([Alcohol Byelaws, 2012](#)).

➔ **Αυτούς από τους οποίους απειλείται η ζωή του παιδιού όπως:**

Γύρισμα της γλώσσας, καρδιακή ανακοπή, επιληπτική κρίση, πνιγμός (φρούτο, ψωμί, τوست και άλλα) ([Stergioulas and Mandilas, 2003](#)).

***Τα μικρά παιδιά είναι πιο ευάλωτα, μπροστά στον κίνδυνο ενός ατυχήματος:***



Τα μικρά παιδιά είναι ιδιαίτερα σε κίνδυνο, επειδή είναι λιγότερο σε θέση να εκτιμήσουν το κίνδυνο. Η αντίληψή τους για το περιβάλλον γύρω τους είναι συχνά περιορισμένη και η έλλειψη εμπειρίας τους και της ανάπτυξης, όπως η έλλειψη συντονισμού και ισορροπίας, μπορεί να οδηγήσει σε αυτούς τους τραυματισμούς.

Οι τραυματισμοί που συμβαίνουν στο σπίτι συχνά συνδέονται με την ηλικία του παιδιού και το επίπεδο της ανάπτυξης. Μερικές φορές μπορεί να είναι δύσκολο για τους γονείς να συμβαδίσουν με τις ικανότητες του παιδιού τους. Από νεαρή ηλικία, τα μωρά είναι σε θέση να ξεγλιστρήσουν, να κατανοήσουν και να ανατραπούν. Μεταξύ 6 και 12 μηνών, μπορεί να είναι σε θέση να σταθεί, να καθίσει, να ανιχνεύσει και να βάλει τα πράγματα στο στόμα του.

**Τι προκαλεί τα ατυχήματα στο σπίτι;**

**Τα περισσότερα σοβαρά ατυχήματα που επηρεάζουν τα μικρά παιδιά είναι:**

- Πτώσεις από ύψος.
- Πτώσεις από τις σκάλες.
- Πτώσεις από τα παράθυρα.
- Πτώσεις από το μπαλκόνι.
- Πτώσεις από τη ταράτσα.

**Ένα ατύχημα στο σπίτι είναι πιο πιθανό να συμβεί :**

- Όταν, υπάρχει μια απόσπαση της προσοχής και η έλλειψη επίβλεψης.
- Όταν, υπάρχει μια αλλαγή στην συνηθισμένη ρουτίνα του παιδιού, ή βιάζεστε.

➔ Όταν, το περιβάλλον είναι άγνωστο, για παράδειγμα, είστε σε διακοπές.

➔ Κακές συνθήκες στέγασης, συνθήκες συνωστισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού, έχουν επίσης συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων παιδική ηλικία.

### **3.2.3. : ΠΡΟΛΗΨΗ**

#### **Μέτρα πρόληψης πτώσεων και τραυματισμών:**

➔ Θα πρέπει στα κάγκελα του μπαλκονιού να τοποθετηθούν προστατευτικοί φραγμοί, το ύψος των οποίων θα πρέπει να υπερβαίνει τα 60 εκατοστά, πάνω από το ανώτερο ύψος του κάγκελου.

➔ Τα τζάμια των παραθύρων θα πρέπει να είναι εφοδιασμένα με ειδικές κλειδαριές και να είναι άθραυστα, έτσι ώστε να είναι αδύνατον για κάποιο παιδί να ανοίξει το παράθυρο ή να σπάσει το τζάμι.

➔ Οι γονείς θα πρέπει να παρατηρούν από κοντά τα παιδιά τους όταν παίζουν στο μπαλκόνι και να αποφεύγουν να τοποθετούν έπιπλα, πάνω στα οποία τα παιδιά θα μπορούν να σκαρφαλώνουν και να κοιτάζουν κάτω.

➔ Τα παιδιά θα πρέπει να μάθουν και να ενθαρρύνονται, να παίζουν σε ανοικτούς χώρους και πάντα υπό επιτήρηση.

➔ Μάλιστα, όπως προτείνει η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, καλό θα είναι στη βάση των κτιρίων να φυτεύεται γρασίδι σε μαλακό χόμα, έτσι να μειώνεται η επίδραση του πτώσης.

➔ Ποτέ μην αφήνετε ένα μωρό μόνο του σε ένα κρεβάτι ή σε ένα καναπέ.

➔ Χρησιμοποιήστε τον ιμάντα ασφαλείας για καρεκλίτσες και παιδικά καθίσματα. Μην αφήνετε ένα παιδί να παίζει μόνο του κοντά σε μια έξοδο κινδύνου, σε μια ψηλή βεράντα ή μπαλκόνι. Χρησιμοποιήστε σ' αυτά τα μέρη δίχτυ ασφαλείας, ώστε να μην κινδυνέψει να πέσει κάτω σκαρφαλώνοντας σε κάγκελα (Αθανασίου, 2006).

➔ Εμποδίστε την πρόσβαση ενός μικρού παιδιού σε σκάλες τοποθετώντας πόρτες ασφαλείας. Αν βάλετε μια πόρτα ασφαλείας στην κορυφή μιας σκάλας, προσαρμόστε την στον τοίχο.

➔ Ένα μικρό παιδί μπορεί να περάσει μέσα από ένα παράθυρο και να πέσει κάτω. Για το λόγο αυτό κρατήστε τα παράθυρα κλειδωμένα, ή βεβαιωθείτε πως έχουν όλα απέξω κάγκελα ασφαλείας, αφού τυχόν σήτες από μόνες τους πολλές φορές δεν μπορούν να αποτρέψουν το παιδί. Αποθαρρύνετε το παιχνίδι κοντά σε παράθυρο, που θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια πτώση. Μην αποθηκεύετε κάτι που θα μπορούσε να τραβήξει την προσοχή του παιδιού κοντά σε παράθυρο.

➔ Είναι εύκολο να σκοντάψει ένα παιδί πάνω σε ένα καλώδιο επέκτασης. Αποθηκεύστε τις σκάλες σε ένα χώρο που το παιδί δεν θα έχει πρόσβαση μόνο του, όπως μια αποθήκη ή ένα γκαράζ.

➔ Χρησιμοποιήστε ένα μαξιλάρι από καουτσούκ στη μανιέρα για να βοηθήσει στην πρόληψη γλιστρήματος και κρατήστε την κουζίνα καθαρή. Χρησιμοποιήστε υλικό που να μην γλιστράει στο πάτωμα όταν το σφουγγαρίζετε ή ακόμα και χαλάκια για να αποφύγετε τυχόν πτώση από γλίστρημα. Επισκευάστε τυχόν σπασμένα πλακάκια και επιφάνειες όπου το παιδί μπορεί να «σκαλώσει» και να πέσει.

➔ Ένα μικρό παιδί που χρησιμοποιεί στράτα μπορεί να σκοντάψει και να πέσει χρησιμοποιώντας τη στράτα. Αντί για στράτα είναι καλύτερα να χρησιμοποιήσετε ένα στατικό πάρκο.

➔ Εξετάστε την περίπτωση να χρησιμοποιήσετε φως νύχτας στην κρεβατοκάμαρα του παιδιού σας, το μπάνιο και τους διαδρόμους για να αποτρέψετε τυχόν πτώσεις σε περίπτωση που σηκωθεί το βράδυ (Ανώνυμος, 2015).

### **3.2.4. : ANTIMETΩΠΙΣΗ**

Πολύ σημαντικό, όσο κι αν φαίνεται κοινότυπο, είναι να διατηρήσουμε την ψυχραιμία μας απέναντι σε ένα παιδί που κλαίει, πονάει και φοβάται. Άσκοπες κινήσεις και μετακινήσεις που προκαλούν περισσότερο πόνο εννοείται πως απαγορεύονται, εξάλλου δε θα μας αφήσει το παιδί να τις κάνουμε.

#### **Αντιμετώπιση πληγών :**

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.

### **Άνοιγμα μύτης :**

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 μύτη 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.

### **Χτύπημα στο κεφάλι :**

Εάν το παιδί χάσει τις αισθήσεις του ή έχει συμπτώματα όπως υπνηλία, τάση για έμετο και δυσκολία προσανατολισμού, πρέπει να επικοινωνήσετε αμέσως με τον παιδίατρο και να το πάτε στο νοσοκομείο. Σε κάθε περίπτωση, συνιστάται να ενημερώσετε τον παιδίατρο, όσο ήπιο και αν είναι το χτύπημα στο κεφάλι (Μπούζιου και Σιδέρη, 2008).

## **3.3. : ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ**

### **3.3.1. : ΟΡΙΣΜΟΣ**

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 (Σκούρου, 2013).

### 3.3.2. : ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

➔ Ηλεκτρικά ατυχήματα, λόγω άμεσης επίδρασης του ηλεκτρικού ρεύματος στο ανθρώπινο σώμα.

➔ Έμμεση επαφή και πρόκληση εγκαυμάτων, εξαιτίας μεγάλης ελκυσμένης θερμικής ενέργειας από ηλεκτρικό τόξο.

➔ Δευτερεύοντα ατυχήματα από ασθενή συνήθως ηλεκτρικού ρεύματος, που μπορούν να προκαλέσουν π.χ. πτώση ή ολίσθηση λόγω πανικού (Χατζηιωάννου, 2015).

**Τα περιστατικό ηλεκτροπληξίας χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, ανάλογα με το ύψος της τάσης του ρεύματος που τα προκαλεί:**

➔ **Χαμηλής τάσης (<1.000 Volt):** Αποτελούν το 80% των ηλεκτρικών τραυματισμών και περιλαμβάνουν κυρίως τα οικιακά ατυχήματα, αφού η τάση του οικιακού ρεύματος είναι 220 Volt στην Ευρώπη και 110 στην Αμερική. Η θνητότητα τους, είναι σχετικά χαμηλή (3 στα 100 άτομα αποβιώνουν).

➔ **Υψηλής τάσης (>1.000 Volt):** Εδώ ανήκουν τα βιομηχανικά ατυχήματα, αυτά που προκαλούνται από καλώδια υψηλής τάσης (π.χ. επαφή με χαρταετό), καθώς και οι κεραυνοπληξίες. Είναι σαφώς πιο επικίνδυνα από τα χαμηλής τάσης ατυχήματα, καθώς προκαλούν σοβαρότερα εγκαύματα και συχνότερες και πιο επικίνδυνες καρδιακές αρρυθμίες (ακόμα και ύστερα από πάροδο 24 ωρών), με αποτέλεσμα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό θνητότητας (3 στους 10 αποθνήσκουν) (Ζημάλης, 2002).

**Στο θύμα ηλεκτροπληξίας, προκαλείται:**

➔ Απώλεια συνείδησης, παροδική ή παρατεταμένη.

➔ Αναπνευστική ανακοπή, λόγω παράλυσης του κέντρου της αναπνοής ή των αναπνευστικών μυών ή και των δυο.

➔ Καρδιακή ανακοπή, που εκδηλώνεται με κοιλιακή μαρμαρυγή.

➔ Ασυστολία.

➔ Εγκαύματα ολικού πάχους.

- Σημεία shock.
- Πολλαπλές βλάβες από το μυοσκελετικό σύστημα (Παπαδημητρίου, 2006).

Οι ακριβείς συνθήκες του επεισοδίου δεν είναι πάντα γνωστές. Θύματα με απώλεια συνείδησης, που φέρουν γραμμικά εγκαύματα και εκτέθηκαν σε πηγή ηλεκτρικού ρεύματος πρέπει να αντιμετωπίζονται ως θύματα ηλεκτροπληξίας (Παπαδημητρίου, 2006).

### **3.3.5. : ΠΡΟΛΗΨΗ**

**Οι επικίνδυνες ηλεκτροπληξίες μπορούν αν προληφθούν αν παρθούν οι κατάλληλες προφυλάξεις, όπως :**

- Χρήση χαμηλής τάσης.
- Μόνωση ή εγκλωβισμός των ηλεκτροφόρων τμημάτων.
- Αποτροπή τμημάτων, με τα οποία έρχονται σε επαφή άνθρωποι, χρήστες, τα οποία δεν είναι υπό κανονικές συνθήκες ηλεκτροφόρα να καταστούν ενεργά :
  - ο με γείωση και αυτόματη αποσύνδεση.
  - ο με διπλή μόνωση.
  - ο με διαχωρισμό της παροχής από τους αγωγούς και την γείωση
  - ο περιορίζοντας την ηλεκτρική ενέργεια.
- Επιλέγοντας εξοπλισμό κατάλληλο για το περιβάλλον στο οποίο πρόκειται να χρησιμοποιηθεί.
- Χρησιμοποιώντας τον εξοπλισμό όπως υποδεικνύεται στις οδηγίες του κατασκευαστή.
- Εξασφαλίζοντας κατάλληλη συντήρηση στον εξοπλισμό.
- Αποφεύγοντας γενικά τη χρήση του ηλεκτρισμού εκεί όπου μπορεί να αποβεί επικίνδυνη.



- Τοποθετώντας καπάκια στις πρίζες.
- Να μην αφήνουμε καλώδια εκτεθειμένα.
- Να μην είναι προσβάσιμες οι ηλεκτρικές συσκευές στα παιδιά.
- Να μην χρησιμοποιούνται ηλεκτρικές συσκευές κοντά πηγές νερού.
- Χρησιμοποιώντας μονωτικά υλικά δαπέδου (Τσαρίδου και Τζαλαζίδης, 2015).

### 3.3.6. : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ



Τα θύματα ηλεκτροπληξίας θεωρούνται πολυτραυματίες και πρέπει να νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, όπου παρακολουθούνται ανελλιπώς για την εμφάνιση καρδιακών αρρυθμιών αλλά αντιμετωπίζονται και για τις άλλες επιπλοκές, κυρίως τα εγκαύματα, που αποτελούν σημαντικό παράγοντα θνησιμότητας στα περιστατικά αυτά, (Τσαρίδου και Τζαλαζίδης, 2015).

Τα παραπάνω δεν ισχύουν βέβαια για όλα αδιακρίτως τα θύματα ηλεκτροπληξίας, αλλά κυρίως γι' αυτά που χτυπήθηκαν από ρεύμα υψηλής τάσης και έχουν θορυβώδη κλινική εικόνα κατά την προσέλευση: εγκαύματα, περισσότερο ή λιγότερο εκτεταμένα, καρδιακές αρρυθμίες ή παθολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα κατά την εισαγωγή, νευρολογική σημειολογία κ.τ.λ. Αντιθέτως, θύματα ηλεκτροπληξίας χαμηλής τάσης χωρίς καταγραφή αρρυθμίας, απώλεια συνείδησης ή εγκαύματα, δεν είναι απαραίτητο να νοσηλεύονται στο νοσοκομείο (και σίγουρα όχι σε μονάδα αυξημένης φροντίδας).

### 3.3.7.: ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Πριν προχωρήσουμε σε οποιαδήποτε πράξη ή ενέργεια καρδιακής και αναπνευστικής αναζωογόνησης, θα πρέπει να έχουμε εξασφαλίσει την ατομική μας ασφάλεια. Δεν κάνουμε τίποτε αν δεν έχουμε μετακινηθεί από κάποιο επικίνδυνο χώρο ( π.χ. δρόμος ταχείας κυκλοφορίας , πυρκαγιά , άμεσος κίνδυνος ηλεκτροπληξίας κλπ) (Ζημάλης, 2002)..

### 3.4. : ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ

### **3.4.1. : ΟΡΙΣΜΟΣ**

Δηλητήριο (τοξίνη), είναι μια ουσία που μπορεί να προκαλέσει βλάβη σε ανατομικά στοιχεία ή και στη λειτουργία του οργανισμού. Δηλητηρίαση μπορεί να προκληθεί από κατάποση τοξικών υγρών ή στερεών και από την εισπνοή επικίνδυνων αναθυμιάσεων.

**Οι τοξικές ουσίες μπορεί να εισέλθουν στον οργανισμό με διαφορετικούς τρόπους:**

- Μέσω της απλής επαφής με το δέρμα.
- Μέσω της πεπτικής οδού.
- Μέσω της αναπνευστικής.
- Μέσω της κυκλοφορίας του αίματος (Γαλεράκη, Περισυνάκη και Τριανταφύλλου, 2010).

### **3.4.2. : ΕΙΔΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ :**

#### **Δηλητηρίαση από αέρια :**

Συχνότερη δηλητηρίαση αυτού του είδους, είναι η εισπνοή μονοξειδίου του άνθρακα (CO). Οι θερμάστρες και οι μηχανές εσωτερικής καύσης, είναι οι κυριότερες εστίες παραγωγής δηλητηριωδών αερίων.

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

**Δηλητηρίαση από τσίμπημα φιδιών :** Το δάγκωμα του φιδιού, μπορεί να έχει επικίνδυνες συνέπειες. Ο άνθρωπος που δαγκώνεται από φίδι, νοιώθει τη στιγμή που φτάνει το δηλητήριο του φιδιού στην πληγή έναν διαπεραστικό ισχυρό πόνο.

**Τροφική δηλητηρίαση :** Η τροφική δηλητηρίαση, γίνεται με το να εισέλθουν διαμέσου του πεπτικού συστήματος συνήθως τροφές που έχουν λήξει ή και τροφές με δηλητηριώδη ουσίες.

**Δηλητηρίαση από φάρμακα :** Η λήψη φαρμάκων σε μεγάλες ποσότητες που δεν μπορεί το στομάχι να τις διασπάσει, προκαλεί τη δηλητηρίαση από φάρμακα.

**Απορρόφηση δηλητηρίου από το δέρμα :** Πολλά δηλητήρια έχουν την ικανότητα

να περνούν το φράγμα του δέρματος και όταν απορροφούνται να προκαλούν στον οργανισμό δηλητηρίαση.

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

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

Πηγή: Κυριακού 2009.

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

Στις μικρές ηλικίες 0-1 και 2-4 υπερτερούν οι δηλητηριάσεις με είδη οικιακής χρήσης στις οποίες, αν προστεθούν και εκείνες με τα καλλυντικά και τις χημικές ουσίες ( $45,03 + 14,03 + 9,88 = 68,94$ ) και ( $33,09 + 9,39 + 19,01 = 61,49$ ),

δείχνουν ότι χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη φύλαξη αυτών των προϊόντων μέσα στο σπίτι και ειδική εκπαίδευση των μικρών παιδιών.



Στην προσχολική ηλικία και πρώτη σχολική ηλικία (5-9 ετών), τα φάρμακα κατέχουν το 60,75% των δηλητηριάσεων. Τα παιδιά στην ηλικία αυτή είναι εκπαιδευσιμα και ως εκ' τούτου, σκόπιμο είναι να σχεδιασθούν ειδικά μαθήματα αγωγής υγείας απευθυνόμενα στα ίδια τα παιδιά και όχι μόνο στους γονείς τους. Στην ηλικία 10-14 ετών (έναρξη εφηβείας) υπερτερούν οι δηλητηριάσεις με φάρμακα εμφανίζονται όμως και οι απόπειρες αυτοκτονίας με φάρμακα σε ποσοστό (33,5% των δηλητηριάσεων με φάρμακα αυτής της ηλικίας), (C.D.C., 2015).

Εδώ σ' αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται συνεργασία ομάδας επιστημόνων υγείας μέσα στις δραστηριότητες του σχολείου, αλλά και ανίχνευση προβλημάτων αλλά και 'συνηθειών' των παιδιών που θα οδηγούσαν σε μια απόπειρα αυτοκτονίας. Μέσα σ' αυτά τα μαθήματα αγωγής υγείας, θα πρέπει να τονίζεται η σημασία των φαρμακευτικών ουσιών και ο ρόλος τους και να δίνονται ουσιαστικές κατευθύνσεις αποφυγής των πολλών φαρμάκων (εύκολη λήψη αναλγητικών - αγχολυτικών) πράγμα που γίνεται σιγά-σιγά μόδα στους εφήβους (Δεδούκου, 2013).

#### **3.4.3. : ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ :**

- Φάρμακα και καλλυντικά, που υπάρχουν στο σπίτι για τους ενήλικες.
- Είδη οικιακής χρήσης όπως υγρά ή στερεά απορρυπαντικά, χλωρίνη, τα αποσμητικά χώρων, η ναφθαλίνη και άλλα.
- Φυτοφάρμακα και εντομοκτόνα, στα οποία οφείλονται και οι περισσότεροι θάνατοι.
- Χημικές ουσίες για επαγγελματική χρήση, τα διάφορα αντιδραστήρια, οι διάφορες βαφές και τα διαλυτικά.
- Ποικιλία άλλων δηλητηριωδών ουσιών όπως δηλητηριώδη φυτά, μανιτάρια, μονοξείδιο του άνθρακα (Μπούζιου και Σιδέρη, 2008).

#### **3.4.4. : ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ ΣΥΝΗΘΩΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ:**

- Στο σπίτι κατά 90% (κυρίως στη κουζίνα).
- Στο σχολείο 3%.
- Στην ύπαιθρο 4%.
- Αλλού 3%.

#### ***Σε ποιες ηλικίες συμβαίνουν;***

Το 80% του αριθμού των δηλητηριάσεων που παρατηρούνται στα παιδιά, συμβαίνουν σε ηλικίες κάτω των 5 χρόνων (συνήθως 1-3 ετών). Στις πιο μικρές ηλικίες 1-3 ετών οι πιο συχνές δηλητηριάσεις συμβαίνουν με ουσίες οικιακής χρήσης (70%) ενώ στη προσχολική ηλικία τα πιο συχνά είναι τα φάρμακα (65%). Σε μεγάλα παιδιά και έφηβους πολλές φορές (33%), η λήψη ουσιών αφορά απόπειρα αυτοκτονίας και χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη από τους ειδικούς (Γαλεράκη, Περισυνάκη, Τριανταφύλλου, 2010).

#### **Συμπτώματα και σημεία :**

- Μπορεί να εκδηλώσει ναυτία.
- Να αρχίσει εμετό και διάρροια.
- Εγκαύματα γύρω από το στόμα.
- Εμφάνιση παραληρήματος και σπασμών.
- Συμπτώματα ασφυξίας (World Health Organization, 2015).

#### **3.4.5.: ΠΡΟΛΗΨΗ**

##### **Εκπαίδευση ειδικών και ενημέρωση κοινού:**

Αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο, αφού προσφέρει τόσο ευαισθητοποίηση όσο και την απαραίτητη γνώση, ώστε έγκαιρα να αναγνωρίζονται οι πιθανοί κίνδυνοι και να εφαρμόζονται τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα (Τυρπενου,2002).

- Κρατήστε οτιδήποτε που μπορεί να είναι δηλητηριώδη μακριά, κατά προτίμηση σε ένα κλειδωμένο ντουλάπι - αυτό περιλαμβάνει όλα τα φάρμακα και

χάπια, οικιακά καθαριστικά, απορρυπαντικά κάψουλες υγρών και κηπευτικά (Λούβρος, 2014).

➔ Τοποθετήστε τα δοχεία με επικίνδυνο περιεχόμενο, σε ψηλά ράφια, ώστε να μην φτάνουν τα παιδιά αυτά τα δοχεία ή έστω να καθυστερήσουν να τα πάρουν (Δεδούκου, 2013).

➔ Κρατήστε όλα τα επικίνδυνα χημικά στις αρχικές τους συσκευασίες, για παράδειγμα, μην αποθηκεύετε ζιζανιοκτόνο σε ένα παλιό μπουκάλι ποτό, επειδή ένα μικρό παιδί μπορεί να την μπερδεύουν με κάτι ασφαλές για κατανάλωση (Αντωνιάδης, 2008).

➔ Απορρίψτε τα ανεπιθύμητα φάρμακα και χημικά προσεκτικά.

➔ Αποθάρρυνση των παιδιών σας από την κατανάλωση οποιονδήποτε φυτών, τα μούρα ή μύκητες, όταν έξω μερικά είναι δηλητηριώδη και μπορεί να αποβεί μοιραίο (Σκούρου, 2013).

➔ Για την αποφυγή δηλητηρίασης από μονοξείδιο του άνθρακα, τοποθετήστε ένα συναγερμό μονοξείδιο του άνθρακα και βεβαιωθείτε ότι έχετε συσκευές που καίνε καύσιμο άνθρακα (όπως το φυσικό αέριο, άνθρακα, ξύλου, καυστήρες πετρελαίου) εξυπηρετούνται κάθε χρόνο (Γαλεράκη, Περισυνάκη, Τριανταφύλλου, 2010).

#### **3.4.6. : ANTIMETΩΠΙΣΗ**

○ Μεγάλης σημασίας είναι η διατήρηση της ψυχραιμίας σας. Αυτό θα βοηθήσει την καλύτερη αξιολόγηση του συμβάντος και τη κατάσταση του παιδιού τα οποία ακολούθως θα μεταφέρετε στο γιατρό ή σας ή το Κέντρο Δηλητηριάσεων για να γίνει η σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση της επείγουσας αυτής κατάστασης (Μπούζιου και Σιδέρη, 2008).

○ Εάν υπάρχουν ενδείξεις ότι το παιδί σας έχει πάρει κάποια βλαβερή ουσία ελέγχετε το στόμα του παιδιού και αφαιρέστε όση ποσότητα της ουσίας μπορείτε.

○ Μη προκαλέσετε εμετό αν το παιδί σας, δεν έχει τις αισθήσεις του, ή αν έχει πάρει κάποια καυστική ουσία (πετρέλαιο, απορρυπαντικά, καθαριστικά,

βενζίνη, λευκαντικά), διότι μπορεί να γίνει εισρόφηση στους πνεύμονες και πνιγμονή.



○ Σε κάθε λήψη πιθανής τοξικής ουσίας, καλό είναι να δίνετε στο παιδί να πιεί γάλα ή ακόμα και νερό για να αραιώσει το δηλητήριο, εκτός κι αν υπάρχει υπόνοια για λήψη ναφθαλίνης ή καμφοράς ή αν έχει χάσει τις αισθήσεις του.

○ Εάν η ουσία έχει έρθει σε επαφή με το δέρμα του παιδιού, απομακρύνετε τα ρούχα του και πλύνετε το δέρμα με άφθονο νερό ( Παιδιατρική Εταιρεία Κύπρου, 2014).

○ Αν ο χώρος έχει μονοξείδιο του άνθρακα ή άλλα τοξικά αέρια, καλύψτε το στόμα και τη μύτη σας με ένα βρεγμένο ύφασμα, πάρτε μία βαθιά ανάσα και μπειτε στο χώρο ανοίξτε τα παράθυρα και βγάλτε το παιδί έξω στον καθαρό αέρα.

Αν η ουσία έχει έρθει σε επαφή με τα μάτια του παιδιού, πλύνετε τα μάτια του με άφθονο νερό για 10 λεπτά περίπου και μεταφέρετε το παιδί για εξέταση στον οφθαλμίατρο, (Ανώνυμος, 2015).

***Τηλέφωνο κέντρου δηλητηριάσεων Αθηνών: 0030-210-7793777 (24ωρη λειτουργία).***

○ Να είστε έτοιμοι να απαντήσετε σε μερικές ερωτήσεις που σίγουρα θα σας υποβληθούν από το κέντρο:

1. Ποια είναι η ουσία που πιθανόν να πήρε το παιδί.
2. Ποια είναι η πιθανή ποσότητα της ουσίας που πήρε.
3. Πόση ώρα έχει περάσει από την στιγμή που το παιδί πήρε την ουσία.
4. Ποια είναι η ηλικία και το βάρος του παιδιού.
5. Ποια είναι η παρούσα κατάσταση του παιδιού, ( Παιδιατρική Εταιρεία Κύπρου, 2014).

### **3.4.7. : ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ**

➡ Καλέστε για βοήθεια αμέσως.

➔ Εξετάστε το παιδί, αν ο αεραγωγός είναι σαφής (π.χ. μπορεί να μιλήσει, να κλαίει ή όχι)? εάν η αναπνοή είναι επαρκής και η κυκλοφορία είναι φυσιολογικό (προσέξτε το χρώμα του προσώπου, το βάθος και ο ρυθμός της αναπνοής).

➔ Ξεκινήστε CPR εάν είναι απαραίτητο. Να είστε προσεκτικοί για να μην απευθυνθεί σε όλες τις χημικές ουσίες.

➔ Εάν το παιδί είναι αναίσθητο, αλλά ο αεραγωγός είναι σαφής, αναπνοή και κυκλοφορία είναι φυσιολογικά, θέση σε πλάγια θέση.

➔ Φέρτε μαζί με κάθε εμετό και παραμένει από φάρμακα που λαμβάνονται όταν αναζητούν ιατρική περίθαλψη.

➔ Έκκληση για βοήθεια.

➔ Εάν είναι απαραίτητο, καλέστε για σέρβις ασθενοφόρο στο 999 ή στο Κέντρο Επικοινωνίας Πυροσβεστικών Υπηρεσιών σε 27.353.355.

➔ Μην πανικοβάλλεσαι.

➔ Πείτε την κλήση-κτήτορας πώς συμβαίνει η ζημία και ποιο μέρος του σώματος του ασθενούς είναι τραυματίες.

➔ Πείτε την κλήση-κτήτορας εάν το παιδί έχει τις αισθήσεις του.

➔ Ενημερώστε με σαφήνεια την κλήση αποδέκτης η διεύθυνση όπου συμβαίνει το ατύχημα, τη διαδρομή που οδηγεί σε αυτή τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου της επαφής σας.

➔ Μην κλείσετε το τηλέφωνο μέχρι η κλήση-κτήτορας δεν είχε καμία περαιτέρω ερώτηση.

➔ Μη βιάζεστε.

### **3.5. : ΞΕΝΑ ΣΩΜΑΤΑ**

#### **3.5.1. : ΟΡΙΣΜΟΣ**



Διάφορα αντικείμενα προκαλούν απόφραξη των αεροφόρων οδών και θανατηφόρα ατυχήματα. 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, 2005).



### **3.5.2. : ΑΙΤΙΑ**

Αίτια, που προκαλούν την απόφραξη των αεραγωγών είναι διάφορα, όπως οι ξηροί καρποί που βρίσκονται στην πρώτη θέση ακολουθούμενοι από τεμάχια πλαστικών παιχνιδιών, σκουλαρίκια, και φυτικές ή μη τροφές. Η πιο συχνή ηλικία εισρόφησης είναι 1-3 ετών με ανώτερο των 95% των περιστατικών να είναι μέχρι 10 ετών.

Άλλα αίτια πνιγμού μπορεί να είναι η κόπωση, αιφνίδια οξεία κατάσταση (π.χ επιληψία κλπ), τραυματισμός της κεφαλής ή του νωτιαίου μυελού σε κατάδυση, δαγκώματα από υδρόβιους οργανισμούς, κλπ. Στα επικίνδυνα λοιπόν αντικείμενα, συγκαταλέγονται οποιαδήποτε μικρά παιχνίδια ή άλλα αντικείμενα όπως βίδες, μπαταρίες, κουμπιά, κέρματα, μικρές μπογιές, πλαστελίνες, κοσμήματα και πολλά άλλα (Σκούρου, 2013).

Σε σχέση με τις τροφές, επικίνδυνη τροφή θεωρείται οτιδήποτε είναι στρογγυλό και σκληρό, τουλάχιστον μέχρι την ηλικία των 4 ετών. Έτσι, τροφές όπως pop-corn, σκληρές καραμέλες, ξηροί καρποί, και άλλα, ευθύνονται για τις πνιγμονές πολλών μικρών παιδιών και δυστυχώς κάποιες από αυτές έχουν αποβεί μοιραίες

#### **Σε ποιες ηλικίες εμφανίζεται πιο συχνά η κατάποση ξένων σωμάτων :**

Πιο συχνά το φαινόμενο εμφανίζεται σε παιδιά ηλικίας 14ων μηνών έως 3ων ετών. Οι πιθανότερες εξηγήσεις, είναι η αυξημένη κινητικότητα του μικρού παιδιού

και η εξοικείωσή του με τα νέα αντικείμενα που καθημερινά χρησιμοποιεί. Επιπλέον, είναι ευκολότερο να συμβεί σε ένα παιδί το οποίο έχει μειωμένα νευρομυϊκά αντανακλαστικά, πρόβλημα στην κατάποση και έλλειψη των τελευταίων γομφίων οδόντων.

Τα μικρά παιδιά κάτω των 3 ετών, διερευνούν το περιβάλλον τους χρησιμοποιώντας τη γεύση και την αφή. Έτσι, οι καταπόσεις των ξένων σωμάτων είναι συχνότερες σε ηλικίες από 6 μηνών μέχρι 6 ετών.

Γενικά, ο κίνδυνος διάτρησης εντέρου είναι κάτω από 1%, ενώ σπάνια είναι και η ανάγκη χειρουργικής επέμβασης. Παρ' όλα αυτά, η κατάποση αιχμηρών αντικειμένων, προκαλεί διάτρηση σε ποσοστό 15% - 35% των παιδιών μετά τη λήψη τους (C.D.C., 2012).

### **3.5.3. : ΣΥΧΝΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΠΟΥ ΚΑΤΑΠΙΝΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ :**

Τα πιο συχνά αντικείμενα που τα παιδιά καταπίνουν είναι: νομίσματα, βίδες, βόλοι, μικρά παιχνίδια, μπαταρίες, καρφιά, μικρά βότσαλα κ.λπ. Τα νομίσματα είναι τα συχνότερα, γιατί τους τραβούν την προσοχή μέσα στο σπίτι και πολλές φορές βρίσκονται αφύλακτα πάνω σε τραπέζια (Ζέλλου, 2011).

Συχνή είναι και η ενσφήνωση βλωμού τροφής, κυρίως από κρέας ή κοτόπουλο, στον μέσο οισοφάγο. Η ενσφήνωση τροφής, ιδιαίτερα εάν επαναλαμβάνεται, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση για να αποκλειστεί στένωση στον αυλό του οισοφάγου από πεπτική ή στένωση σε σημείο αναστόμωσης οισοφάγου, όπως σε παιδιά με ατρησία οισοφάγου (Χουλάκης και Βλαστός, 2013).

Τα ξένα σώματα οργανικής φύσεως, όπως φιστίκια, αμύγδαλα, καρύδια, ηλιόσποροι, καρότα, κουκούτσια από καρπούζι ή πεπόνι, αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό εισροφηθέντων ξένων σωμάτων σε αυτές τις ηλικίες (Grissinger, 2014).

### **3.5.4. : ΠΡΟΛΗΨΗ**

**Μέτρα που μπορούν να ακολουθήσουν οι γονείς για να προλάβουν την κατάποση ξένων σωμάτων :**

- ➡ Κρατήστε τα μικρά αντικείμενα μακριά από μικρά παιδιά.

➔ Επιλέξτε τα παιχνίδια τους να έχουν σχεδιαστεί για την ηλικία του μωρού ή το παιδί σας - να ενθαρρύνετε τα μεγαλύτερα παιδιά να κρατάνε τα παιχνίδια τους μακριά από το μωρό σας.

➔ Προσοχή στα ρούχα με κορδόνια, κούκλες για καλώδια και μάντες κολιέ τσάντα - μπορούν εύκολα να πιάσουν και τραβήξτε σφιχτά στο λαιμό ( Bonsall, 2014).

➔ Τοποθετήστε το μωρό σας με τη πλάτη σε ένα βρεφικό κρεβάτι, μην το βάζετε στο κρεβάτι σας ή στο καναπέ και μην χρησιμοποιείται μαξιλάρια γιατί μπορεί να προκληθεί ασφυξία.

➔ Κρατήστε τις πλαστικές σακούλες μακριά από μικρά παιδιά - μπορεί να τις τραβήξουν πάνω από τα κεφάλια τους και να πάθουν ασφυξία.

➔ Κρατήστε τα ζώα, κυρίως γάτες, έξω από το υπνοδωμάτιο σας - αν μεταβείτε σε βρεφικές κούνιες ή κρεβάτια θα μπορούσαν να ασφυκτιούν παιδί σας. Συνδέστε ένα δίχτυ πάνω καροτσάκια αν είναι απαραίτητο.

➔ Να μην αφήνονται τα παιδιά μόνα τους στην μπανιέρα ή και να μην αφήνονται με μεγαλύτερα παιδιά.

➔ Κρατήστε τα ζώα, κυρίως γάτες, έξω από το υπνοδωμάτιο σας - αν μεταβείτε σε βρεφικές κούνιες ή κρεβάτια θα μπορούσαν να ασφυκτιούν παιδί σας. Συνδέστε ένα δίχτυ πάνω καροτσάκια, αν είναι απαραίτητο.

➔ Να μην αφήνονται τα παιδιά μόνα τους στην μπανιέρα ή και να μην αφήνονται με μεγαλύτερα παιδιά.

➔ Να τοποθετούνται ειδικές χειρολαβές στην μπανιέρα ή ειδικά πατάκια που δεν γλιστράνε.

***Στο παιδικό δωμάτιο και γενικά, θα πρέπει οι γονείς να προσέξουν τα εξής :***

➔ Τα παιδιά μικρότερα του ενός έτους να μην χρησιμοποιούν μαξιλάρια, γιατί μπορεί να πάθουν ασφυξία την ώρα που κοιμούνται.

- Μέσα στην κούνια να υπάρχουν λίγα παιχνίδια που δεν κλείνουν τον χώρο και ούτε να είναι μικρά, που σαν αποτέλεσμα μπορεί να έχουν την απόφραξη της αεροφόρου οδού.
- Οι «ζώνες ασφαλείας» στο κρεβάτι του παιδιού είναι δυνατόν να το στραγγαλίσουν.
- Ελαστικές ταινίες (με κουδουνίστρες ή άλλα αντικείμενα) στο κρεβάτι του παιδιού μπορεί να το στραγγαλίσουν (Μαυροειδής, 2002).
- Να απομακρύνονται σε ασφαλές μέρος, αντικείμενα που μπορεί το παιδί να βάλει στο στόμα του και να προκαλέσουν ασφυξία. Θα πρέπει αυστηρά να διατηρούνται σε μη προσιτά σημεία, καλά προφυλαγμένα ή σε ένα υψηλό ράφι.
- Οι πλαστικές σακούλες, να φυλάσσονται σε μέρος δυσπρόσιτο για τα παιδιά.
- Το μωρό να κρατιέται πάντα στην αγκαλιά κατά τη διάρκεια της σίτισης, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος εισρόφησης.
- Να μην αφήνονται μεγάλα δοχεία γεμάτα νερό στο πάτωμα.
- Να μη διατηρούνται μικρές λίμνες στον κήπο, όταν υπάρχει μικρό παιδί στην οικογένεια.
- Μην τα αφήνετε να τοποθετούν ελαστικά καλώδια ή σχοινιά γύρω από το λαιμό τους.
- Να αποφεύγονται να φοριούνται στο παιδί πλεκτά με κορδόνια ή κορδέλες, που μπορούν να τυλιχτούν γύρω από το λαιμό του.
- Αν το παιδί χρησιμοποιεί «πιπίλα», αυτή δεν πρέπει να είναι δεμένη με σχοινί.
- Να διδάξετε στο παιδί να τρώει αργά, να κόβει την τροφή σε μικρά κομματάκια, να μασάει την τροφή καλά και να μην γελάει όταν τρώει.
- Τα παιδιά δεν πρέπει να περπατάνε ή να τρέχουν όταν τρώνε.
- Να τρώνε καθιστά (Φαρμακάκης, 2003).

### 3.5.5. : ANTIMETΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

#### 3.5.5.1. : ANTIMETΩΠΙΣΗ

**Βασικά ερωτήματα αποτελούν τα παρακάτω για την αντιμετώπιση μιας πνιγμονής:**

- ➔ Αφαιρείται το ξένο σώμα;
- ➔ Πως αφαιρείται το ξένο σώμα και ποιος πρέπει να το κάνει;

Συχνά στα νοσοκομεία απαιτείται συνεργασία ωτορινολαρυγγολόγων, χειρουργών και αναισθησιολόγων. Όλα τα ξένα σώματα που εντοπίζονται στον οισοφάγο πρέπει να αφαιρούνται εντός 24 ωρών, γιατί μπορεί να προκαλέσουν διάτρηση. Ειδικά οι μπαταρίες λιθίου, όταν βρίσκονται στον οισοφάγο, πρέπει να αφαιρούνται αμέσως, αφού προκαλούν ηλεκτρικό έγκαυμα στον βλεννογόνο, με κίνδυνο διάτρησης και μόλυνσης του μεσοθωρακίου. Οι στρογγυλές μπαταρίες λιθίου, πρέπει να αφαιρούνται εντός 24 - 48 ωρών από το στομάχι.

Μεγάλα αιχμηρά αντικείμενα όπως καρφίτσες, παραμάνες και οδοντογλυφίδες, αλλά και η κατάποση πολλών μικρών μαγνητών, μπορεί να προκαλέσουν διάτρηση στομάχου, ή εντέρου, ή συρίγγια, και εφόσον εντοπίζονται στο στομάχι πρέπει να αφαιρούνται.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα μικρά αιχμηρά αντικείμενα (π.χ. οι πινέζες) συχνά περνούν χωρίς πρόβλημα από το πεπτικό. Πάντως, μερικοί υποστηρίζουν ότι στα παιδιά ακόμη και μικρά αιχμηρά αντικείμενα θα πρέπει να αφαιρούνται ενδοσκοπικά, όταν αυτά εντοπίζονται ακόμη στο στομάχι. Μικρά μη αιχμηρά αντικείμενα στο στομάχι, παρακολουθούνται μέχρι και 15 μέρες και μετά αφαιρούνται ενδοσκοπικά.

Μετά την κατάποση, τα νομίσματα συχνότερα κολλούν στον ανώτερο οισοφάγο του βρέφους ή του νηπίου, ενώ έχουν περίπου 25% πιθανότητα μέσα στο επόμενο 24ωρο να περάσουν στο στομάχι. Κέρματα με διάμετρο μεγαλύτερη από αυτήν του 1 ευρώ, δύσκολα περνούν από τον πυλωρό νηπίου.

Η αφαίρεση του ξένου σώματος από το στομάχι, γίνεται με γαστροσκόπηση υπό γενική αναισθησία. Χρησιμοποιούνται βρόγχοι και ειδικές λαβίδες διαμέσω του

ενδοσκοπίου, που φέρουν στο άκρο είτε δίχτυ είτε δόντια για να πιάνουν το ξένο σώμα, ενώ σε αιχμηρά αντικείμενα χρησιμοποιείται και πλαστικό χωνί, που προσαρμόζεται στο ενδοσκόπιο και προστατεύει τον οισοφάγο κατά την αφαίρεση του ενδοσκοπίου.

Τέλος, καλύτερη αντιμετώπιση, είναι η πρόληψη της κατάποσης ξένων σωμάτων. Ως γονείς και παιδιάτροι, έχουμε υποχρέωση να προλαμβάνουμε αυτά τα ατυχήματα και να μειώνουμε τον κίνδυνο που οι καταπόσεις αυτές μπορούν να επιφέρουν. Η παραπομπή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο με εξειδικευμένο προσωπικό, κρίνεται απαραίτητη για την επιτυχή αφαίρεση των ξένων σωμάτων και την αίσια έκβαση της κατάστασης.

### **3.5.5.2. : ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ**

Σε περίπτωση πνιγμονής θα πρέπει να αφαιρεθεί άμεσα το ξένο σώμα αν βρίσκεται στην στοματική κοιλότητα. Αν δεν φαίνεται στην στοματική κοιλότητα πρέπει να εφαρμοστούν οι χειρισμοί Heimlich.

### **3.5.5.3. : Χειρισμοί Heimlich:**

➡ Ο τραυματίας, πρέπει να είναι ανάσκελα στο πάτωμα και εκείνος που θα εφαρμόσει το χειρισμό, γονατίζει πάνω από το θύμα ώστε να βλέπει το πρόσωπό του (Zέλλου, 2011).



([www.health.allrefer.com](http://www.health.allrefer.com), 2007).

➡ Τοποθετεί το ένα χέρι κλεισμένο σε γροθιά στο επιγάστριο και αμέσως κάτω από την ξιφοειδή απόφυση και το άλλο από πάνω. Στη θέση αυτή, πιέζει απότομα και με πολλή δύναμη εξαναγκάζοντας ένα βίαιο ρεύμα αέρα να κινηθεί προς τα έξω και να παρασύρει το ξένο σώμα (Γαλεράκη, Περισυνάκη και Τριανταφύλλου, 2010).

➡ Αν το θύμα είναι καθιστό ή όρθιο, τότε εκείνος που θα εφαρμόσει το χειρισμό στέκεται όρθιος πίσω από το θύμα. Τον αγκαλιάζει σφίγγοντας τις γροθιές

του στο επιγάστριο και πιέζει απότομα προς τα μέσα και άνω. Στα παιδιά γίνεται το ίδιο, ενώ τα βρέφη τοποθετούνται στο γόνατο και τους γίνονται 5 πλήξεις στην πλάτη και 5 θωρακικές. Αν δεν πετύχει γυρίζουμε το βρέφος ανάποδα και συνεχίζουμε (Μπούζιου και Σιδέρη, 2008).

### **3.6. : ΠΝΙΓΜΟΙ**

#### **3.6.1. : ΟΡΙΣΜΟΣ**

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, 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 (Σκούρου, 2013).

#### **3.6.2. : ΑΙΤΙΑ**

Πνιγμός οφείλεται κατά κύριο λόγο σε ατύχημα (πνιγμός από τυχαίο γεγονός), δεν σπανίζουν όμως και οι περιπτώσεις όπου ο πνιγμός αποτελεί αποτέλεσμα απόπειρας αυτοκτονίας ή πολύ σπάνια ανθρωποκτονίας (πνιγμός από πρόθεση).

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

Στις περισσότερες περιπτώσεις το υγρό μέσο στο οποίο επέρχεται ο πνιγμός είναι το νερό, μπορεί όμως να είναι οποιοδήποτε άλλο υγρό. Το νερό μπορεί να είναι

είτε γλυκό είτε θαλασσινό και παρατηρούνται σημαντικές διαφορές σε παθοφυσιολογικό επίπεδο μεταξύ των δύο.

Σε κάθε περίπτωση, η πλήρωση των κυψελίδων με νερό κατά τον πνιγμό οδηγεί σε έκπτυση των κυψελίδων και απομάκρυνση του επιφανειοδραστικού παράγοντα, με σοβαρές επιπτώσεις, όπως η αστάθεια των κυψελίδων, ατελεκτασία, μειωμένη ενδοτικότητα, σοβαρή διαταραχή της σχέσης αερισμού / αιμάτωσης (V/Q) και υποξυγοναιμία. Το ίδιο το υγρό μπορεί επίσης να προκαλέσει βρογχόσπασμο, επιτείνοντας έτσι την υποξία.

Παράλληλα, η ύπαρξη διαφοράς στην ωσμωτική πίεση μεταξύ του υγρού των κυψελίδων και των πνευμονικών τριχοειδών οδηγεί σε φαινόμενα μετακίνησης όγκου νερού με σκοπό την αποκατάσταση της ωσμωτικής ισορροπίας.

Στην περίπτωση του πνιγμού σε γλυκό νερό, το νερό μετακινείται από τις κυψελίδες προς τα πνευμονικά τριχοειδή και ακολούθως στην κυκλοφορία του αίματος.

Η υπερφόρτωση της συστηματικής κυκλοφορίας με την περίσσεια αυτού του όγκου νερού οδηγεί σε:

- ηλεκτρολυτικές διαταραχές,
- καταστροφή ερυθρών αιμοσφαιρίων,
- καρδιακή ανεπάρκεια,
- κοιλιακή μαρμαρυγή και τελικά
- θάνατο.

### **3.6.3. : ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΝΙΓΜΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ :**

Τα παιδιά μπορούν να πνιγούν μέσα σε λίγα εκατοστά νερού. Θα πρέπει να επιβλέπονται συνεχώς όταν είναι κοντά σε νερό. Ο πνιγμός, ήταν η κύρια αιτία θανάτου τραυματισμού για τις ηλικίες 1-4. Ο πνιγμός είναι η κύρια αιτία θανάτου από ακούσιο τραυματισμό που σχετίζονται μεταξύ παιδιά ηλικίας 1 έως 4. Η πλειοψηφία των πνιγμών και σχεδόν πνιγμών, συμβαίνουν σε οικογενειακές πισίνες και υπαίθριες



θέσεις νερό. Ωστόσο, τα παιδιά μπορεί να πνιγούν σε μόλις μία ίντσα του νερού (Ανώνυμος, 2015).



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

#### **3.6.4. : ΠΡΟΛΗΨΗ**

**Μέτρα που μπορούν να λάβουν οι κηδεμόνες για την πρόληψη των πνιγμών :**

- Ποτέ μην αφήνετε ένα μωρό ή το παιδί στο μπάνιο χωρίς επίβλεψη, ούτε καν για ένα λεπτό - αυτό περιλαμβάνει ένα κάθισμα μπάνιου.
- Μην αφήνετε ακάλυπτα δοχεία υγρού γύρω από το σπίτι.
- Αδειάστε φουσκωτές πισίνες και να τις αποθηκεύσετε μακριά όταν δεν τις χρησιμοποιείτε.
- Αν υπάρχει κάποια λίμνη στο σπίτι θα μπορούσε να καλυφτεί με κάποιο πλέγμα ή κάλυμμα όσο τα παιδιά είναι ακόμη σε μικρή ηλικία.
- Να είστε προσεκτικοί όταν τα παιδιά σας επισκέπτονται άλλους κήπους που έχουν λίμνες ή λίμνες στη γύρω περιοχή.
- Αν αποφασίσετε να διατηρήσετε μια λιμνούλα στον κήπο, βεβαιωθείτε ότι τα παιδιά εποπτεύονται στενά και συνεχώς ενώ είναι στον κήπο (Γαλεράκη Περισυνάκη και Τριανταφύλλου, 2010).
- Τοποθετήστε αντιολισθητικά πατάκια στην μπανιέρα και επιτηρείτε τα παιδιά όση ώρα κάνουν μπάνιο (Ψάλτη 2008).

➔ Όταν κάνετε μπάνιο το μωρό και χτυπήσει το τηλέφωνο ή το κουδούνι της πόρτας, μην απαντήσετε ή να πάρετε το μωρό μαζί σας, γιατί ο πνιγμός είναι ζήτημα ελάχιστου χρόνου και δεν χρειάζεται πολύ ποσότητα νερού (Τσελίκας 1999).

➔ Μην αφήνετε στη μπανιέρα ή στο πάτωμα του λουτρού λεκάνες με νερό, χωρίς να κλειδώσετε την πόρτα του μπάνιου (Ψάλη 2008).

➔ Να απομακρύνετε όλα τα παιχνίδια από την πισίνα για να μην προσελκύσουν την προσοχή του.

#### **Όσοι διαθέτουν στο σπίτι τους ιδιωτικές πισίνες πρέπει :**

- Να υπάρχει πάντα ένας ενήλικας για να προσέχει τα μικρά παιδιά ενώ παραμένουν στο νερό.

- Να μην επιτραπεί σε κανένα παιδί να κολυμπήσει αν δεν εποπτεύεται από κάποιον ενήλικα.

- Να μάθουν οι γονείς στα παιδιά να μην τρέχουν γύρω από την πισίνα, διότι υπάρχει ο κίνδυνος να γλιστρήσουν και να πέσουν.

- Θα πρέπει η πισίνα να είναι περιφραγμένη και η πόρτα της να κλείνει και να ασφαλίζει αυτόματα (Ανώνυμος, 2011).

- Ακόμη πρέπει να έχει μια στέγη και ένα σύστημα συναγερμού στην πόρτα ή στην κλειδαριά.

- Τα παιδιά πάντα να φορούν σωσίβιο ή μπρατσάκια ( Σπυριδόπουλος & Πετρίδου, 2005).

#### **3.6.5. : ANTIMETΩΠΙΣΗ**

##### **Η αντιμετώπιση επεισοδίου πνιγμού βασίζεται στο τρίπτυχο :**

➔ Βασική υποστήριξη της ζωής (ΚΑΡΠΑ),

➔ Προστασία της Αυχενικής Μοίρας Σπονδυλικής Στήλης (ΑΜΣΣ),

➔ Διαχείριση της υποθερμίας.

##### **Πιο αναλυτικά:**

## **Βασική υποστήριξη της ζωής (ΚΑΡΠΑ) :**

Η έγκαιρη εφαρμογή ΚΑΡΠΑ, (BLS, ΚΑΡΠΑ) συνδέεται και με καλύτερο τελικό αποτέλεσμα. Το πόσο ζωτικής σημασίας είναι ο χρόνος εφαρμογής ΚΑΡΠΑ, τονίζεται από το γεγονός ότι υπάρχει η σύσταση για εφαρμογή της ακόμα και κατά τη διάρκεια της απομάκρυνσης από το νερό. Συνεπώς σε παιδί απνοϊκό / άσφυγμο εφαρμόζεται ΚΑΡΠΑ και τίποτα άλλο (Σπυρίδης, 2015).



### **Εξασφαλίστε την ασφάλεια του χώρου :**

Πλησιάστε με προσοχή, βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχει κίνδυνος για σας τους ίδιους ή το θύμα. Σκεφθείτε τους κινδύνους από ηλεκτρικό ρεύμα, αέριο, αυτοκίνητα που κινούνται πλησίον, οικοδομικά υλικά κλπ.

#### **1. Εκτιμήστε τις αντιδράσεις του ανθρώπου :**

Εκτιμήστε αν το θύμα είναι ή όχι αναίσθητο.

Με προσοχή κουνήστε τους ώμους και ρωτήστε δυνατά: "Είστε καλά;" ή "Τι συμβαίνει;" ή δώστε μια εντολή όπως "άνοιξε τα μάτια σου". Εάν το θύμα δεν έχει τις αισθήσεις του δεν θα ανταποκριθεί.

#### **2. Καλέστε βοήθεια :**

Εάν βρίσκεται κοντά κάποιος άλλος, ζητήστε του να παραμείνει μήπως Χρειαστείτε τη βοήθεια του. Εάν είστε μόνος, φωνάξτε δυνατά, προσπαθώντας να προσελκύσετε την προσοχή των άλλων, αλλά μην εγκαταλείψετε το θύμα.

#### **3. Διατηρήστε τον αεραγωγό :**

Σε έναν αναίσθητο άνθρωπο η γλώσσα μπορεί να πέσει προς τα πίσω και να αποφράξει την οδό από όπου περνάει ο αέρας. Εκτείνοντας το κεφάλι προς τα πίσω και ανασηκώνοντας το πηγούνι προς τα πάνω, η γλώσσα απομακρύνεται από το πίσω μέρος του λαιμού διευκολύνοντας έτσι τη δίοδο του αέρα.

Εάν είναι δυνατόν, με το θύμα στη θέση που το βρήκατε, βάλτε το ένα χέρι στο μέτωπο και με προσοχή εκτείνετε το κεφάλι προς τα πίσω.

Κρατήστε τον αντίχειρα και το δείκτη του ίδιου χεριού ελεύθερα, για να κλείσετε τη μύτη εάν απαιτηθεί να του δώσετε αέρα με το στόμα σας (τεχνητή αναπνοή, "φιλί της ζωής"). Συγχρόνως ανασηκώστε το πηγούνι χρησιμοποιώντας τα δύο δάκτυλα του άλλου χεριού κάτω ακριβώς από το σκληρό τμήμα του πηγουνιού.

Αυτό θα απελευθερώσει τον αεραγωγό. Δεν χρειάζονται κουταλάκια, συσκευές ή άλλα αντικείμενα, γιατί είναι συνήθως επικίνδυνα. Ούτε χρειάζεται να προσπαθήσετε να του ανοίξετε το στόμα. Εάν έχετε οποιαδήποτε δυσκολία, γυρίστε ανάσκελα το θύμα με προσοχή, και μετά προσπαθήστε να απελευθερώσετε τον αεραγωγό. Σε θύματα όπου υπάρχει υποψία για κάκωση στο αυχενικό μέρος της σπονδυλικής στήλης, προσπαθήστε να αποφύγετε την έκταση της κεφαλής, χρησιμοποιώντας την ανύψωση του πηγουνιού για να απελευθερώσετε τον αεραγωγό. Αυτό που προέχει όμως, είναι να απελευθερώσετε τον αεραγωγό, οπότε κάποιου βαθμού έκταση της κεφαλής μπορεί να είναι αναπόφευκτη. Οι κακώσεις στον αυχένα μπορεί να συμβούν μετά από: κάκωση της κεφαλής, τροχαία ατυχήματα, πτώση από ύψος, βουτιές σε ρηγά νερά, πτώση από άλογο κτλ.

Εάν το παιδί δεν έχει τις αισθήσεις του αλλά έχει αυτόματη αναπνοή και σφυγμό, βάλτε το σε θέση ανάντη που είναι οποιαδήποτε άνετη για το παιδί θέση το διατηρεί στο πλάι του. Έτσι θα αποφευχθεί εισρόφιση τυχόν εμετού από το ενδεχομένως γεμάτο με νερό στομάχι του.

#### **4. Αναπνοή :**

Διατηρώντας τον αεραγωγό ανοικτό, ελέγχετε αν το θύμα αναπνέει: βλέποντας τις κινήσεις του θώρακα, ακούγοντας τον ήχο της αναπνοής και αισθανόμενοι την εκπνοή στο μάγουλο. Κάντε το αυτό για δέκα δευτερόλεπτα πριν βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχει αναπνοή.

Μπορεί να υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους το θύμα έχει σταματήσει να αναπνέει: Επειδή το αναίσθητο θύμα βρίσκεται ανάσκελα, η γλώσσα του πέφτει προς τα πίσω, αποφράζοντας έτσι τον αεραγωγό.

- Καρδιακή προσβολή.
- Κάκωση στο κεφάλι ή στο θώρακα.
- Δηλητηρίαση (φάρμακα, τοξικά αέρια, κλπ).
- Πνιγμός.
- Απόφραξη αεραγωγού από ξένο σώμα (πνιγμονή) μπορεί να είναι άλλα αίτια.

Εάν είστε μόνοι και νομίζετε ότι το θύμα είναι αναίσθητο λόγω μιας σοβαρής κάκωσης ή έχει πνιγεί ή όταν το θύμα είναι παιδί, κάντε αναζωογόνηση για ένα λεπτό περίπου, πριν αφήσετε το θύμα για να τηλεφωνήσετε στο 166 – ΕΚΑΒ. Εάν είστε μόνος με έναν ενήλικα που δεν έχει πνιγεί ή δεν έχει σοβαρή κάκωση, αφήστε τον αμέσως μόλις διαπιστώσετε ότι δεν αναπνέει και καλέστε αμέσως βοήθεια. Στη συνέχεια επιστρέψτε και δώστε του δύο αναπνοές.

#### **5. Κυκλοφορία :**

Αφού έχετε δώσει δύο αναπνοές, προσπαθήστε να εκτιμήσετε το θύμα εάν έχει σημεία κυκλοφορίας βλέποντας αν κάνει κάποια κίνηση π.χ. αν καταπίνει ή αναπνέει (περισσότερο από ένα απλό σπασμό) και ελέγχοντας το σφυγμό του στο πλάι του λαιμού του (σφυγμός της καρωτίδας). Ελέγξτε για σημεία κυκλοφορίας όχι περισσότερο από δέκα δευτερόλεπτα (για να σας βοηθήσει μετρήστε χίλια ένα, χίλια δύο, χίλια τρία, ... , χίλια δέκα, αφού κάθε φορά που το λέτε, είναι περίπου 1 δευτερόλεπτο.).

Εάν δεν υπάρχουν σημεία κυκλοφορίας ή αν αμφιβάλλετε, θεωρείστε ότι έχει σταματήσει η καρδιά. Αυτό λέγεται καρδιακή ανακοπή. Το θύμα θα είναι αναίσθητο και το πρόσωπό του ωχρο, γκριζωπό ή μελανό. Πρέπει να επιχειρηθεί αμέσως τεχνητή αποκατάσταση της καρδιακής λειτουργίας με θωρακικές συμπίεσεις. Εάν η κυκλοφορία σταματήσει, τότε θα έχει σταματήσει και η αναπνοή. Τα θύματα με καρδιακή ανακοπή θα χρειαστούν και αναπνοές και θωρακικές συμπίεσεις. Ο συνδυασμός αυτός είναι γνωστός σαν καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ).

Με την ΚΑΡΠΑ θα "αγοράσετε χρόνο" για το θύμα, επιτρέποντας στο αίμα που περιέχει οξυγόνο να κυκλοφορήσει στο σώμα. Μ' αυτόν τον τρόπο εμποδίζονται βλάβες σε σημαντικά όργανα όπως είναι ο εγκέφαλος. Η ΚΑΡΠΑ δεν θα "επαναφέρει το θύμα στη ζωή" από μόνη της, γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να καλέσετε το ΕΚΑΒ το ταχύτερο δυνατό. Το ΕΚΑΒ είναι σε θέση να προσφέρει την εξειδικευμένη βοήθεια στο θύμα, (Προσωπικό εθνικού κέντρου άμεσης βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.).



### **Μέθοδοι διάσωσης στο νερό :**

- Απλώνουμε ένα κοντάρι ή το χέρι μας για να τραβήξουμε το θύμα .
- Κρατούμε γερά μία σανίδα σε βαθύτερα νερά .
- Χρησιμοποιούμε μία βάρκα αν τα νερά είναι πιο βαθιά .
- Πετάμε στο θύμα ένα σωσίβιο.
- Τραβάμε το θύμα με μία πετσέτα (Γιατζίδη, 2014).

Γενικά η πλειονότητα των πνιγμών συμβαίνει κοντά στην παραλία. Αν δεν έχουμε ειδική εκπαίδευση, δεν προβαίνουμε σε προσπάθεια διάσωσης και τραβήγματος του θύματος με έλξη από τα μαλλιά , το κεφάλι κλπ. Αν το θύμα το βρούμε στο νερό αναίσθητο και χωρίς αναπνοή, αρχίζουμε άμεσα τεχνητή αναπνοή.

Το θύμα συνήθως είναι ωχρο ή κυανό χωρίς αναπνοή και σφυγμό. Μπορεί να έχει αντίληψη ή να είναι σε διέγερση. Έμετος , αναπνοή με συριγμό , ροζ αφρός από το στόμα μπορεί να παρατηρηθούν. Στην τελευταία περίπτωση έχουμε γρήγορη και επιπόλαιη αναπνοή και ασθενικό σφυγμό. Γενικά το θύμα είναι υποθερμικό (Χαϊνη, 2015).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ

#### 4.1. : 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. Για τους λόγους αυτούς, είναι σημαντικό να μάθουν από μικρή ηλικία να προστατεύουν τον εαυτό τους και να μην τον θέτουν σε κίνδυνο (Πετρίδου και Παπαδοπούλου, 2010).

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.

Οι βασικότερες ελλείψεις στα ελληνικά σχολεία είναι το υλικό επικάλυψης του προαύλιου εδάφους, η κακή συντήρηση κοινόχρηστων και αθλητικών χώρων, κακοτεχνίες κλιμακοστασίων και ηλεκτρικών παροχών, η μη τήρηση προδιαγραφών για τοποθέτηση άθραυστων και σηματοδοτημένων υαλοπινάκων και η έλλειψη πυρασφάλειας. Εξάλλου, η έλλειψη κατάλληλης κυκλοφοριακής σήμανσης, η μη χρήση ζώνης ή κράνους στο όχημα μεταφοράς και πλάνου διαδρομής προς και από το σχολείο σε συνδυασμό με τις ανασφαλείς θύρες εισόδου στο σχολείο ευθύνονται για πολλά από τα τροχαία σχολικά ατυχήματα (Ανώνυμος, 2015).

Από την προσχολική ηλικία, πρέπει να μάθουμε στα παιδιά μας την σωστή οδική συμπεριφορά. Πρέπει όμως να έχουμε υπόψη μας, ότι τα παιδιά κάτω των 8 ετών, δεν έχουν την απαιτούμενη ωριμότητα για να χρησιμοποιήσουν πάντα, τα όσα έχουν μάθει. Για το λόγο αυτό, πρέπει να συνοδεύονται από ενήλικες, από και προς το σχολείο ή τη στάση του σχολικού λεωφορείου. Κρατάμε πάντα τα μικρά παιδιά από το χέρι και τα έχουμε από τη μέσα πλευρά του πεζοδρομίου. Και μη ξεχνάμε, ότι

τα παιδιά μαθαίνουν παρατηρώντας, για αυτό πρέπει να τους δίνουμε το καλό παράδειγμα, ακολουθώντας οι ίδιοι τους κανόνες της σωστής οδικής συμπεριφοράς ( Παπαδόπουλος, 2003).

#### **4.1.1. : ΠΡΟΛΗΨΗ**

##### **4.1.1.1. : ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ :**

➔ Φροντίζουμε για την έγκαιρη αφύπνιση, ώστε ο μαθητής να έχει αρκετό χρόνο στο δρόμο προς το σχολείο. Η βιασύνη βέβαια, μειώνει την προσοχή.

➔ Αν τα παιδιά πηγαίνουν στο σχολείο με ποδήλατο ή μοτοποδήλατο, πρέπει να γνωρίζουν ότι, εφόσον βγαίνουν στο δρόμο με το δίκυκλό τους, έχουν τις ίδιες υποχρεώσεις με τα άλλα οχήματα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να φορούν πάντα κράνος και τον απαραίτητο εξοπλισμό, κατάλληλα προσαρμοσμένο στο τύπο του σώματός τους, καθώς και να γνωρίζουν καλά και να ακολουθούν τους κανόνες οδικής κυκλοφορίας. Τα δίκυκλά τους να είναι σε καλή κατάσταση και σωστά εξοπλισμένα με καθρέφτες και φώτα, ώστε να φαίνονται τις βραδινές ώρες. Για να κυκλοφορήσουν στο δρόμο με μοτοποδήλατο, πρέπει να έχουν συμπληρώσει το 16ο έτος της ηλικίας τους και να έχουν προμηθευτεί την νόμιμη άδεια.

➔ Εφόσον πηγαίνουμε τα παιδιά στο σχολείο με το αυτοκίνητο, πρέπει να τους μάθουμε να κάθονται πάντα στο πίσω κάθισμα, δεμένα με τον σωστό τρόπο. Οι αντιπροσωπείες αυτοκινήτων και τα μαγαζιά με αξεσουάρ αυτοκινήτων ή παιδικά είδη, μπορούν να προτείνουν ποιο είναι το σωστό κάθισμα ή ζώνη ασφαλείας για κάθε παιδί, ανάλογα με το ύψος και το βάρος του.

➔ Πρέπει επίσης να μάθουμε στα παιδιά, να μπαίνουν και να βγαίνουν από το αυτοκίνητο, πάντοτε από την πλευρά του πεζοδρομίου. Επιπλέον, είναι σημαντικό να εξηγήσουμε στα παιδιά ότι δεν θα πρέπει να βγάζουν το κεφάλι τους έξω από το παράθυρο του αυτοκινήτου γιατί εάν κάνουν κάτι τέτοιο ο κίνδυνος πρόκλησης ατυχήματος είναι μεγάλος. Στην περίπτωση που τα παιδιά πηγαίνουν με σχολικό λεωφορείο, πρέπει το ίδιο το σχολείο, αλλά και εμείς οι γονείς, να τους εξηγήσουμε γιατί πρέπει και εκεί να φοράνε τη ζώνη ασφαλείας και να προσέχουν πολύ την ώρα που μπαίνουν και βγαίνουν από το λεωφορείο.



➔ Ένας ενήλικος συνοδεύει πάντα τα παιδιά στο σχολείο τουλάχιστον μέχρι την ηλικία των 8 χρονών, γιατί είναι ανώριμα και παρορμητικά. Στις ηλικίες 8 - 12 ετών, οι μαθητές μπορούν μετά από εκπαίδευση να διασχίζουν μόνοι τους δρόμους. Φροντίζουμε, λοιπόν, να χαράξουμε μαζί τους ένα χάρτη με την πιο ασφαλή πορεία μέχρι το σχολείο. Τα συνοδεύουμε τις πρώτες μέρες επισημαίνοντας τα πιο επικίνδυνα σημεία, την αναγκαιότητα χρήσης διαβάσεων για πεζούς και σεβασμού σε φανάρια και σήματα κυκλοφορίας.

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

➔ Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο σχολικός τροχονόμος στην πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων. Αρμοδιότητά του, είναι η ρύθμιση της κυκλοφορίας στην γύρω από το σχολείο περιοχή κατά τις ώρες προσέλευσης και αποχώρησης των μαθητών, με στόχο την ασφαλή διέλευση αυτών. Προκειμένου, όμως, οι οδηγίες του σχολικού τροχονόμου να επιτελούν τον σκοπό τους θα πρέπει αφενός οι γονείς να εξηγήσουμε στα παιδιά πόσο σημαντικό είναι να συμμορφώνονται με τις υποδείξεις του και αφετέρου οι οδηγοί να σέβονται την παρουσία του και να ακολουθούν τις οδηγίες του (Ανώνυμος, 2008).

➔ Συνιστάται να φορούν οι μαθητές ρούχα και να κρατούν σακίδια με έντονα χρώματα, ώστε να είναι ευδιάκριτα από τους οδηγούς, ιδίως στο σκοτάδι.

➔ Σε όσους μαθητές χρησιμοποιούν οχήματα μεταφοράς, υπενθυμίζουμε την αναγκαιότητα χρήσης ζώνης ασφαλείας είτε βρίσκονται στο σχολικό λεωφορείο είτε σε ιδιωτικό αυτοκίνητο και κράνους σε μηχανοκίνητο δίκυκλο ή ποδήλατο.

➔ Ιδιαίτερα σημαντικός για την πρόληψη των οδικών ατυχημάτων είναι ο ρόλος του σχολικού τροχονόμου. Γι' αυτό, οι γονείς χρειάζεται να εξηγούν στα παιδιά πόσο σημαντικό είναι να συμμορφώνονται με τις υποδείξεις του και να συμμετέχουν σε προγράμματα εθελοντών τροχονόμων, καθώς και οι οδηγοί να σέβονται την παρουσία του και να ακολουθούν τις οδηγίες του.

#### **4.1.1.2. : ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΧΩΡΟ :**

➔ Η πόρτα του σχολείου συνιστάται να παραμένει κλειστή και ο προαύλιος χώρος να είναι περιφραγμένος, ώστε να εμποδίζεται η διαφυγή των μαθητών στους περιβάλλοντες δρόμους. Στην είσοδο στο χώρο του σχολείου, συνιστάται να υπάρχει μεταλλική μπάρα που εμποδίζει την απότομη έξοδο των παιδιών σε πολυσύχναστους δρόμους.

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

➔ Όλα τα σχολεία πρέπει συνεχώς να ελέγχουν τις κτιριακές τους εγκαταστάσεις, ώστε να είναι ασφαλείς για τα παιδιά που στεγάζουν. Σε αυτό μπορούν να βοηθήσουν και οι γονείς των μαθητών με σωστές παρατηρήσεις και εποικοδομητικές προτάσεις. Θα πρέπει επίσης να μην υπάρχουν στους χώρους του σχολείου σκουριασμένα ή αιχμηρά αντικείμενα στα οποία τα παιδιά θα μπορούσαν να χτυπήσουν (π.χ. σκουριασμένα κάγκελα). Εφόσον το σχολείο διαθέτει χημείο, θα πρέπει αυτό να παραμένει κλειδωμένο εκτός από τις ώρες του μαθήματος που υπάρχει υπεύθυνος εκπαιδευτικός.

➔ Η ύπαρξη συστήματος πυρασφάλειας, είναι απαραίτητο να υπάρχει σε κάθε σχολείο. Επιπλέον, θα πρέπει κάθε χρόνο να γίνεται άσκηση ασφαλούς εγκατάλειψης του κτιρίου σε περίπτωση φωτιάς.

➔ Σε περίπτωση σεισμού υπάρχει μεγάλος κίνδυνος πρόκλησης ατυχήματος, όχι μόνον εξαιτίας της σεισμικής δόνησης, αλλά και λόγω του πανικού που δημιουργείται. Ο μόνος τρόπος για την προσπάθεια ελέγχου μίας τέτοιας κατάστασης, είναι η πραγματοποίηση σε τακτά χρονικά διαστήματα ασκήσεων σεισμού.

➔ Εάν το σχολείο διαθέτει παιδική χαρά ή γυμναστήριο, πρέπει να γίνεται συνεχής έλεγχος, ώστε το υλικό (κούνιες, τσουλήθρες, μονόζυγα, μπασκέτες) και ο γύρω χώρος, να πληρούν τους κανόνες ασφαλείας. Πρέπει επίσης, τα παιδιά να ενημερώνονται ποιος είναι ο σωστός τρόπος χρήσης του υπάρχοντος εξοπλισμού από τους γυμναστές του σχολείου.

➔ Πρέπει τα παιδιά να προειδοποιούνται και να γίνεται σωστός έλεγχος, ώστε να μη φέρνουν στο σχολείο επικίνδυνα και αιχμηρά αντικείμενα.

➔ Την ώρα του διαλείμματος, πρέπει πάντα να είναι παρόντες κάποιοι υπεύθυνοι.

➔ Όλα τα σχολεία πρέπει να διαθέτουν πλήρες φαρμακείο για την παροχή Α΄ Βοηθειών, με κάποιον υπεύθυνο για αυτό, και αν είναι δυνατόν ένα Νοσηλεύτη ή μια Νοσηλεύτρια. Σημαντικό, είναι ακόμη οι γονείς, να ενημερώσουν έγκαιρα το ιατρείο του σχολείου εάν το παιδί τους τυχαίνει να έχει κάποια αλλεργία. Πρέπει επίσης να υπάρχουν εμφανώς αναρτημένα τα τηλέφωνα του πλησιέστερου Κέντρου Υγείας ή Νοσοκομείου. Νηπιαγωγοί, Δάσκαλοι, Καθηγητές και Γυμναστές, πρέπει ιδανικά να εκπαιδεύονται στις βασικές Α' Βοήθειες. Στις μεγάλες τάξεις αυτό μπορεί να γίνεται και για τους μαθητές.

➔ Εκπαιδεύονται τα παιδιά ώστε να διενεργούν μαζί με τους εκπαιδευτικούς τακτικούς ελέγχους ασφάλειας του προαύλιου χώρου και ενημερώνεται σχετικά η Διεύθυνση, σύμφωνα με όσα αναφέρει ο οδηγός ασφάλειας σχολικών κτιρίων του ΚΕΠΑ, όπως μικρά εμπόδια, αιχμηρά κάγκελα, σπασμένα τζάμια, φθαρμένα σκαλοπάτια, ανοικτές οπές ( Ανώνυμος, 2014).

➔ Αποφεύγεται ο συναυλισμός στο διάλειμμα πολλών παιδιών μαζί και ο συνωστισμός παιδιών διαφορετικών ηλικιών (> των 3 ετών), γιατί δημιουργεί στρες και επιθετικότητα. Το διάλειμμα προβλέπεται ώστε οι μαθητές να κινηθούν και να εκτονωθούν, οπότε πρέπει να υπάρχει αρκετός χώρος.

➔ Διδάσκουμε στα παιδιά τρόπους συμπεριφοράς και επίλυσης διαφορών με τους συνομηλίκους. Οφείλουν να είναι ενημερωμένα για τους πιθανούς τρόπους τραυματισμού, αλλά και για τρόπους αυτοπροστασίας. Σε περίπτωση διαπληκτισμού ενημερώνουν το δάσκαλο/καθηγητή τους και δεν λύνουν τις διαφορές μεταξύ τους με επιθετική συμπεριφορά.

➔ Ουσιαστική για την πρόληψη ατυχημάτων είναι η στάση, εκπαίδευση και ενεργητική συμπεριφορά και εποπτεία του διδακτικού προσωπικού .

➔ Προγραμματισμός ασκήσεων ασφαλούς εγκατάλειψης των κτιρίων και σε περίπτωση πυρκαγιάς ή σεισμού το διδακτικό προσωπικό φροντίζει για αποτροπή του πανικού και δείχνει στα παιδιά εξόδους διαφυγής.

#### **4.1.2. : Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Όσα μέτρα πρόληψης και αν ληφθούν, δεν μπορούν να μηδενίσουν την πιθανότητα πρόκλησης κάποιου ατυχήματος. Το παιδί μετά το ατύχημα θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Για να ελαχιστοποιηθούν οι συνέπειες από τα σχολικά ατυχήματα, προνοούμε:

➔ Να υπάρχει πλήρες φαρμακείο πρώτων βοηθειών σε σημείο εύκολα προσβάσιμο.

➔ Να σημειώνονται σε ευκρινές σημείο τα τηλέφωνα: του Κέντρου Δηλητηριάσεων 210-7793777 και της κόκκινης γραμμής του Εθνικού Κέντρου για την Πρόληψη Ατυχημάτων και Βίας (ΕΔΙΠΑΒ) 210-6179396.

➔ Να εκπαιδεύεται και να πιστοποιείται ετησίως ένα τουλάχιστον μέλος του διδακτικού προσωπικού στην παροχή πρώτων βοηθειών. Μαθήματα παρέχονται από πολλούς οργανισμούς, όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και το ΚΕΠΑ.

➔ Οι γονείς να ενημερώνουν το διδακτικό προσωπικό για ενδεχόμενα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει το παιδί, όπως ιστορικό σπασμών ή αλλεργίες και φροντίζουν να προμηθεύουν την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή.

Τα ατυχήματα, προκαλούν αδικαιολόγητους πρώιμους θανάτους και αναπηρίες νέων και κατά κανόνα υγιών ατόμων. Είναι θέμα ατομικής και κοινωνικής ευθύνης να τα προλάβουμε (Ανώνυμος, 2015).

## **4.2. : ΤΡΟΧΑΙΑ**

Στην Ελλάδα, το 1993, από τα 2.033 άτομα που έχασαν τη ζωή τους σε τροχαία ατυχήματα, 311 ήταν ηλικίας 20–24 ετών, 183 ηλικίας 15–19 ετών. Η μελέτη αυτή δείχνει ακόμη ότι τα πλέον ευάλωτα άτομα είναι παιδιά ηλικίας 6–14 ετών και ότι το κράνος μειώνει κατά 75% τους τραυματισμούς στο κρανίο και στον εγκέφαλο.

Μια σημαντική πτυχή στα τροχαία ατυχήματα, είναι ο παράγοντας παιδί και η ασφάλειά του. Το παιδικό κάθισμα παρέχει ασφάλεια και μειώνει τους κινδύνους για το παιδί. Η πρώτη επισήμανση στην επιπρόσθετη προστασία που προσφέρει ο συνδυασμός της μεταφοράς του παιδιού στο πίσω κάθισμα του αυτοκινήτου σε ειδικό παιδικό κάθισμα έγινε σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας (Καρδαρά, Παπαζαφειροπούλου και Παππάς, 2009).

Στις ευρωπαϊκές χώρες, το παιδικό κάθισμα χρησιμοποιείται ανεξάρτητα από την ηλικία του παιδιού, σε ποσοστό 80%. Το παιδικό κάθισμα προφυλάσσει κατά 50–70% από ελαφρά τραύματα μέχρι θανατηφόρα ατυχήματα.

Τα τροχαία ατυχήματα, αποτελούν μια από τις πρώτες αιτίες θανατηφόρων ατυχημάτων παιδιών σχολικής και προσχολικής ηλικίας, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό. Στην Αττική, έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Αυτό αποτυπώνεται και στις μετακινήσεις των παιδιών, όπου ακόμα και για τις πολύ κοντινές αποστάσεις μετακινούνται με το Ι.Χ. των γονιών τους. Ως αποτέλεσμα του στοιχείου αυτού, είναι η αυξημένη συχνότητα τροχαίων ατυχημάτων παιδιών ως επιβαίνοντες σε Ι.Χ. Βέβαια, για τα ατυχήματα αυτά, τα παιδιά δεν φέρουν καμία απολύτως ευθύνη, όμως αυτό που παρατηρείται είναι ότι και τα παιδιά δεν κάνουν τίποτα, προκειμένου να μειώσουν τις συνέπειες των ατυχημάτων αυτών, αφού χρησιμοποιούν σπάνια τη ζώνη ασφαλείας (Μαρούλης, 2012).

#### **4.2.1. : ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ**

Τα παιδιά αποτελούν μια ιδιαίτερα ευπαθή ομάδα χρηστών του οδικού δικτύου, επειδή οι ικανότητες τους να προσαρμόζονται στις εκάστοτε συνθήκες της οδικής κυκλοφορίας είναι σχετικά περιορισμένες, κυρίως μέχρι την ηλικία των δέκα ετών, ενώ φαίνεται ότι τις περισσότερες φορές και οι γονείς τους υπερεκτιμούν τις ικανότητές τους (Ανώνυμος, 2013).

#### **4.2.2. : ΤΡΟΧΑΙΑ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Όσον αφορά, τα παιδιά τα οποία εμπλέκονται σε τροχαία ατυχήματα, η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση, σε νεκρούς νέους, μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Κάθε χρόνο καταλήγουν από τροχαία περίπου εξακόσια παιδιά και νέοι ηλικίας μέχρι 25 ετών, που αντιστοιχεί σε ετήσια επίπτωση τεσσάρων θυμάτων ανά 100.000 παιδιά ηλικίας έως 15 ετών και 35 ανά 100.000 έφηβους και νέους ηλικίας έως 25 ετών, αντίστοιχα, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα του Π.Ο.Υ.

Αυξημένο κίνδυνο για εμπλοκή σε τροχαίο ατύχημα, διατρέχουν τα άρρενα άτομα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, αλλά ιδιαίτερα κατά την εφηβεία και τη νεαρή ηλικία. Τα παιδιά που έχουν άγνοια κινδύνου, απασχολούν και αποσπούν την προσοχή του οδηγού είτε συζητώντας μαζί του, είτε διαφωνώντας μαζί του, είτε

παίζοντας μαζί του κτλ. Με αυτό τον τρόπο συμβάλλουν και οι ίδιοι, συνειδητά ή μη, στην πρόκληση ατυχήματος.

Επίσης, η χρήση ζώνης και το κλείδωμα των θυρών μπορεί να αποτρέψει κάποια ατυχήματα. Συγκεκριμένα, σε περιπτώσεις όπως ξαφνική στάση ή ξεκίνημα ή απότομη στροφή ή απότομο φρενάρισμα, έχουν καταγραφεί αρκετά ατυχήματα με μικροτραυματισμούς κυρίως.

**4.2.3. : Οι κατηγορίες των παιδικών καθισμάτων αναφέρονται στα κιλά του παιδιού. Οι βασικές κατηγορίες είναι οι εξής:**

Κατηγορία 0+ κιλά 0-13	Σύσταση ηλικίας από τη γέννηση έως 12-15 μηνών
Κατηγορία 1 κιλά 9-18	Σύσταση ηλικία από περίπου 9 μηνών έως περίπου 4 ετών
Κατηγορία 2-3 κιλά 15-36	Σύσταση ηλικίας από περίπου 4 ετών έως περίπου 12 ετών

(Ανώνυμος, 2013).

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

➡ Με το ίδιο το παιδί, την ηλικία του και τις φυσικές αδυναμίες της (το χαμηλό ανάστημα, το μικρότερο οπτικό πεδίο, τη νευρολογική του ανωριμότητα, την αδυναμία γνώσης των σημάτων, την παρορμητικότητα και ακόμα και τη γοητεία που προκαλεί ο κίνδυνος).

➡ Το περιβάλλον του παιδιού, τους γονείς και τους δασκάλους του, την επίβλεψη και την εκπαίδευση που του παρέχουν.

➡ Την κατάσταση του οδικού δικτύου της χώρας (το σχεδιασμό των δρόμων, τη σηματοδότηση, τη δόμηση κλπ.). Σημειώνεται ότι στην Ελλάδα, μόνο στο 10% του οδικού δικτύου μπορούν να αναπτυχθούν με ασφάλεια ταχύτητες μεγαλύτερες από 80 χιλιόμετρα την ώρα.

➤ Τις αδυναμίες των οδηγών (επιπολαιότητα, ανεπαρκής εκπαίδευση, κακή συντήρηση των οχημάτων και μη τήρηση των κανόνων του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας).

Το παιδί μπορεί να γίνει θύμα τροχαίου είτε ως πεζός στους δρόμους, είτε ως επιβάτης μεταφορικού μέσου, ή ακόμα ως ποδηλάτης και στην εφηβεία ως οδηγός (Μαραθιανός, 2015).



**Πως πρέπει να είναι στραμμένο το κάθισμα του παιδιού;**

Σχεδόν το 75% των γονιών δεν ακολουθούν μια από τις πιο βασικές οδηγίες σχετικά με την ασφάλεια του παιδιού στο αυτοκίνητο: Δεν βάζουν το ειδικό καρεκλάκι να κοιτάζει προς τα πίσω έως την ηλικία των 2 ετών.

Αυτό διαπίστωσε έρευνα που δημοσιεύτηκε στην επιθεώρηση *Academic Pediatrics*. Η πλειοψηφία των γονιών τοποθετούν το παιδικό κάθισμα έτσι ώστε το παιδί να κοιτάζει προς τα εμπρός πολύ νωρίτερα από τα 2 έτη, που είναι η ηλικία μέχρι την οποία οι ειδικοί συνιστούν να κοιτάζει προς τα πίσω. Μάλιστα, ένα ποσοστό 25% γυρίζει το κάθισμα μπροστά πριν καν το μωρό φτάσει στην ηλικία του ενός έτους.

Οι πιο συνηθισμένες αιτίες για αυτό το λάθος είναι σύμφωνα με την Dr. Michelle Macy, παιδίατρο και ειδικευμένη γιατρό σε επείγοντα περιστατικά στο University of Michigan's C.S. Mott Children's Hospital είναι ότι πολλοί θεωρούν ότι το παιδί νιώθει «άβολα» όταν κοιτάζει πίσω ή ότι θέλουν να βλέπουν το πρόσωπό του ρίχνοντας μια ματιά στον καθρέφτη όταν οδηγούν. Στη Σουηδία, οι περισσότεροι γονείς αφήνουν τα παιδιά σ' αυτή τη θέση μέχρι να κλείσουν τα 4 και στη χώρα αυτή η παιδική θνησιμότητα που συνδέεται με τροχαία ατυχήματα είναι η χαμηλότερη στον κόσμο (Χαδιαράκου, 2015).

#### **4.2.4. : ΠΡΟΛΗΨΗ**

Για τη μείωση των τροχαίων, απαιτείται ακριβής γνώση των αιτιών τους και λήψη των αναγκαίων, για την αντιμετώπιση τους, μέτρων. Για να συμβεί αυτό πρέπει να θεσπιστούν καινούργιοι κανόνες κυκλοφορίας, οι οποίοι, όμως, πρώτα θα έχουν αξιολογηθεί από ειδικευμένους επιστήμονες και να ελέγχεται η ακριβής εφαρμογή

και τήρησή τους με συνεχής αστυνόμευση. Κυρίως, όμως, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση των χρηστών της οδού, ειδικά των νέων, αφού αυτοί είναι οι μελλοντικοί χρήστες.

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

#### **Υπάρχουν:**

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

Η ύπαρξη ζώνης ασφαλείας και στα πίσω καθίσματα, έχει διαπιστωθεί ότι μειώνει τους θανάτους κατά 22% και τους τραυματισμούς κατά 50%. Προσοχή όμως, η ζώνη ασφαλείας θεωρείται κατάλληλη όταν το διαγώνιο τμήμα της περνά από το μέσο, περίπου, της απόστασης μεταξύ του άκρου του ώμου και του λαιμού (Μαρούλης, 2012).

#### **Για την ασφαλή μεταφορά των παιδιών υπάρχουν ορισμένοι βασικοί κανόνες:**

➡ Ποτέ μην τοποθετείτε τα παιδιά στο μπροστινό κάθισμα (ειδικά αν έχει αερόσακο), πάντοτε στο πίσω. Και σε ελαφρά σύγκρουση ή σε απότομο φρενάρισμα, το παιδί κινδυνεύει να χτυπήσει στο ταμπλό του αυτοκινήτου.

➡ Ποτέ στο πορτμπεμπέ, στα γόνατα ή στην αγκαλιά κάποιου. Αναφέρεται ότι το 90% των επιβατών που κρατούσαν παιδιά στην αγκαλιά τους σε τροχαίο ατύχημα και σώθηκαν, σώθηκαν επειδή το παιδί λειτούργησε ως ασπίδα.

➡ Πάντοτε στο ειδικό κάθισμα ασφαλείας, με την ειδική ζώνη ασφαλείας.



➤ Να επιδεικνύετε την ανάλογη προσοχή τόσο κατά την επιβίβαση (όσο και κατά την αποβίβαση) των πεζών, ειδικά όταν γίνεται από την ίδια πόρτα και ταυτόχρονα με τα οχήματα.

➤ Μην λειτουργείτε βιαστικά, διατηρείτε μικρές ταχύτητες (ειδικά σε κατοικημένες περιοχές).

➤ Μην βάζετε δύο παιδιά μαζί σε μία ζώνη ασφαλείας ( Πετρίδη, 2006).

#### **4.2.5. : ANTIMETΩΠΙΣΗ**

**Την αντιμετώπιση του φαινομένου των τροχαίων, μπορεί να βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό, το κράτος και η κυβέρνηση:**

➤ Βελτιώνοντας κανόνες οδικής ασφάλειας.

➤ Εκπαιδύοντας τα παιδιά στο σχολείο, ώστε να είναι υπεύθυνα.

➤ Παρακολούθηση ειδικών σεμιναρίων για τους γονείς, για τα μέτρα προστασίας.

➤ Αυστηρότερα μέτρα για τους κανόνες οδική ασφάλειας.

➤ Η βελτίωση των οδικών δικτύων και η μέριμνα για καλύτερη κατάσταση των οχημάτων κάθε μορφής, μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση του τεράστιου αυτού προβλήματος (Ευσταθιάδης, 2009).

#### **Τι κάνουμε σε ένα τροχαίο ατύχημα ;**

Σταματήσετε για 5-10 δευτερόλεπτα και παρατηρήστε τη σκηνή του ατυχήματος, δώστε χρόνο στον εαυτό σας να αντιληφθεί τους κινδύνους που υπάρχουν και να θέσει τις προτεραιότητες των ενεργειών του.

Πρώτη προτεραιότητα για την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών, είναι η ασφάλεια της σκηνής του ατυχήματος. Τοποθετείστε προειδοποιητικό τρίγωνο σε

απόσταση τουλάχιστον 100 μέτρων από το ατύχημα και, αν είναι εφικτό, στείλτε άτομο στην ίδια απόσταση να προειδοποιεί τους επερχόμενους οδηγούς, έτσι ώστε να ελαττώνουν ταχύτητα. Αν το ατύχημα έχει γίνει σε δρόμο διπλής κατεύθυνσης, κάντε τις ίδιες ενέργειες και για το απέναντι ρεύμα, ενώ εάν το ατύχημα έχει γίνει βράδυ, προσπαθήστε τα άτομα που θα στείλετε να έχουν μαζί τους φακό και, αν είναι εφικτό, να φορούν γιλέκα με ανακλαστικά ή ρούχα με έντονο χρώμα.

Φροντίστε να απομακρυνθούν οι παρευρισκόμενοι από το οδόστρωμα και οδηγήστε τους σε ασφαλές σημείο ή παρακινείτε τους να συνεχίσουν την πορεία τους, κρατώντας κοντά σας μια μικρή ομάδα ατόμων, οι οποίοι θα σας βοηθήσουν στη διαχείριση του περιστατικού.

Αφού έχετε ολοκληρώσει τις ενέργειες για την ασφάλεια της σκηνής του ατυχήματος, τότε και μόνο τότε πλησιάζετε το όχημα του τραυματία. Ελέγξτε αν το όχημα είναι ασφαλές (π.χ. αν υπάρχει διαρροή καυσίμου) και, αφού το διασφαλίσετε, τότε μόνο συνεχίζετε. Διαφορετικά, ενεργοποιήστε τηλεφωνικά τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, τις οποίες απαρτίζουν άτομα που έχουν την απαραίτητη εκπαίδευση και εξοπλισμό για την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών.

Επόμενη ενέργεια σας είναι να γυρίσετε τον διακόπτη της μίζας, σβήνοντας το αυτοκίνητο, να απομακρύνετε τα κλειδιά και να τα τοποθετήσετε σε εμφανές σημείο έξω από το αυτοκίνητο. Συνήθως, επιλέγουμε τον ουρανό του αυτοκινήτου, πάνω ακριβώς από τη θέση του οδηγού.

Στη συνέχεια ασχολούμαστε με τον/τους τραυματίες. Ρωτήστε πόσοι ήταν οι επιβαίνοντες. Ειδικά τα μικρά παιδιά, τα οποία, εάν δεν είναι ασφαλισμένα με ζώνη ασφαλείας ή τοποθετημένα στα ειδικά παιδικά καθίσματα, συνήθως παγιδεύονται μέσα στο αυτοκίνητο πιθανόν σε μη εμφανές σημείο ή εκτοξεύονται έξω από αυτό. Προσπαθήστε να διαπιστώσετε σε τι κατάσταση είναι ο τραυματίας. Έχει τις αισθήσεις του; Αν ναι, βλέπετε κάποιο σοβαρό τραυματισμό; Παραπονιέται για πόνο; Από αυτά που σας λέει αντιλαμβάνεστε ότι κάτι δεν πάει καλά; Ξέρει τι έχει γίνει; Είναι εγκλωβισμένος; Συλλέξτε όσες περισσότερες πληροφορίες μπορείτε και τότε ενεργοποιήστε τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.

Καλώντας τον Ευρωπαϊκό αριθμό έκτακτης ανάγκης 112 μπορείτε να ενεργοποιήσετε ΕΚΑΒ, Πυροσβεστική, Αστυνομία και Λιμενικό. Προσοχή!!! Μην

κλείσετε ποτέ πρώτοι το τηλέφωνο, ακόμη και αν θεωρείτε ότι έχετε αναφέρει όλες τις πληροφορίες που έχετε συλλέξει. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να έχετε παραλείψει κάτι. Επίσης, το εξειδικευμένο προσωπικό που θα σας απαντήσει, μπορεί να σας δώσει οδηγίες για τις περαιτέρω ενέργειες σας.

Αφού έχετε ολοκληρώσει την κλήση επείγουσας ανάγκης και μόνο τότε, δίνετε τις Πρώτες Βοήθειες στον τραυματία.

Το μεγάλο δίλημμα που έχουν οι περισσότεροι από όσους βρίσκονται σε μια τέτοια θέση είναι: «Βγάζουμε τον τραυματία από το αυτοκίνητο ή όχι;». Η απάντηση είναι πως ο τραυματίας πρέπει να βγει από το αυτοκίνητο αν και μόνο εάν διατρέχει άμεσο κίνδυνο η ζωή του, μένοντας σε αυτό ή εάν δεν αναπνέει και πρέπει να του εφαρμοστεί κάποιος από τους παρειρισκόμενους καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ).

Σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση το καλύτερο γι' αυτόν είναι να τον αφήσουμε μέσα στο αυτοκίνητο, δίνοντας του τις Πρώτες Βοήθειες, χωρίς να επιβαρύνουμε την κατάστασή του με άσκοπες μετακινήσεις. Πρέπει να ξέρετε ότι σε σοβαρά τροχαία ατυχήματα οι τραυματίες σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% έχουν είτε κρανίο-εγκεφαλικές κακώσεις είτε κακώσεις σπονδυλικής στήλης. Ο δε απεγκλωβισμός τους γίνεται από εξειδικευμένους διασώστες που έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση και τον απαραίτητο εξοπλισμό, διασφαλίζοντας την μη περαιτέρω βλάβη του τραυματία (Κατσαρίδης, Διαμαντίδης, 2011).

#### **4.2.6. : ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ**

➡ Αν ο τραυματίας αιμορραγεί, χρησιμοποιείτε αποστειρωμένες γάζες ή καθαρά πανιά –ρούχα και ασκείστε πίεση στο σημείο. Προσθέτετε συνεχώς γάζες, χωρίς να αφαιρείτε τις προηγούμενες και αν έχετε επίδεσμο σταθεροποιήστε τις όταν σταματήσει η αιμορραγία. Μην αγγίζετε αίμα, χωρίς να φοράτε γάντια μιας χρήσεως.

➡ Σκεπάστε τον τραυματία με κουβέρτα ή μπουφάν, για την αποφυγή απώλειας θερμότητας.

➡ Μιλάτε του συνεχώς, ενθαρρύνετε τον ψυχολογικά και ενημερώστε τον ότι έρχεται ειδικευμένη βοήθεια.

➡ Τον συμβουλευέτε να μείνει ακίνητος έως ότου έρθει η βοήθεια.

➡ Αν ο τραυματίας δεν έχει τις αισθήσεις του, αλλά αναπνέει φυσιολογικά, διατηρήσετε ανοιχτό τον αεραγωγό του.

### **4.3. : ΠΕΖΟΣ ΚΑΙ ΔΡΟΜΟΣ**

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) ο σύγχρονος τρόπος ζωής ακολουθεί ταχύτατους ρυθμούς. Με αποτέλεσμα, το περπάτημα και η μετακίνηση με το ποδήλατο γίνονται ολοένα και λιγότερο, ενώ συγχρόνως το αυτοκίνητο καθίσταται ως το κύριο μέσο μεταφοράς, ακόμη και για αποστάσεις μικρότερες των πέντε χιλιομέτρων.

Τα παιδιά αποτελούν μια ιδιαίτερα ευπαθή ομάδα χρηστών του οδικού δικτύου, επειδή οι ικανότητές τους να προσαρμόζονται στις εκάστοτε συνθήκες της οδικής κυκλοφορίας είναι περιορισμένες μέχρι την ηλικία των δέκα ετών, ενώ φαίνεται ότι τις περισσότερες φορές οι γονείς τους υπερεκτιμούν τις ικανότητές τους, (ΕΛΠΑ, 2012).

Στην Ελλάδα, κατά το χρονικό διάστημα της πενταετίας (1996-2000), διαπιστώθηκαν στο Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων στα Εξωτερικά Ιατρεία (ΣΚΑΕΙ), στο οποίο συνεργάζονται τέσσερα νοσοκομεία της χώρας, 3.917 τροχαία ατυχήματα σε παιδιά έως 15 ετών. Το 45% από αυτά ήταν πεζά, το 27% επιβάτες αυτοκινήτων, ενώ 3,5% ήταν οδηγοί μηχανοκίνητων δίκυκλων και το 10% επιβάτες αυτών. Ένα στα 10 παιδιά έκανε ποδήλατο την ώρα του ατυχήματος, ενώ είναι αξιοσημείωτο ότι κανένα εξ αυτών δε φορούσε κράνος.

Ακατάλληλες συνθήκες οδικού περιβάλλοντος, όπως: αυξημένη κυκλοφορία, υπερβολική ταχύτητα, έλλειψη παιδικών χώρων αναψυχής ή τοποθέτηση αυτών σε ακατάλληλα σημεία, άσχημες καιρικές συνθήκες, ανεπαρκή φωτισμό, κτλ. (Τσουμάκας και Παπαδοπούλου, 2015).

Τα μικρά παιδιά (μέχρι την ηλικία των 10 ετών) δεν είναι σωματικώς, πνευματικώς και ψυχολογικός ικανά ώστε να συμπεριφέρονται με ασφάλεια στις οδούς.

#### **4.3.1. : Το παιδί ως πεζός μειονεκτεί σημαντικά και χρειάζεται ιδιαίτερη επιτήρηση και εκπαίδευση :**

➔ Παιδιά <5 ετών έχουν ανάγκη από συνεχή και αυστηρή επιτήρηση, όταν είναι στο δρόμο.

➔ Παιδιά <7 ετών είναι ανώριμα και παρορμητικά και εύκολα ακολουθούν την παρέα.

➔ Παιδιά >9 ετών μπορούν να διασχίσουν το δρόμο χωρίς μεγάλο κίνδυνο, αφού εκπαιδευτούν.

➔ Παιδιά >12 χρόνων μπορούν να συμπεριφέρονται σωστά ως πεζοί στους δρόμους. Στην κυκλοφοριακή αγωγή, πέραν των γνωστών βασικών εννοιών (σηματοδότηση), πρέπει να συμπεριλαμβάνεται η κατανόηση των όρων ήχος απόσταση, ταχύτητα.

Συχνά τα παιδιά λόγω έλλειψης άλλων χώρων, αναγκάζονται να παίζουν διάφορα παιχνίδια στην αυλή του σπιτιού τους ή στο δρόμο. Τα κυριότερα ατυχήματα συμβαίνουν όταν τους ξεφύγει η μπάλα και τρέξουν να την πάρουν χωρίς να σκεφθούν τον κίνδυνο που παραμονεύει και που δεν είναι άλλος από κάποιο διερχόμενο αυτοκίνητο. Πρέπει να είναι πολύ προσεκτικά και να κοιτάζουν πριν βγουν στο δρόμο.

Παράλληλα όμως και οι οδηγοί πρέπει να ελαττώνουν ταχύτητα όταν οδηγούν σε κατοικημένες περιοχές. Τα παιδιά είναι αναγκασμένα συχνά να διασταυρώσουν το δρόμο είτε για να πάνε στο σχολείο είτε οπουδήποτε αλλού. Συνήθως οι γονείς λένε στα παιδιά: Μην πας στο δρόμο. Μέχρι μιας ηλικίας αυτό είναι σωστό. Από τη ηλικία όμως των πέντε ετών πρέπει να τα διδάξουμε πως να διασταυρώνουν το δρόμο. Εδώ πρέπει να αναφέρουμε ότι το σχολείο, η αστυνομία και άλλοι φορείς πρέπει να εμπλακούν και αυτοί στη διδασκαλία της οδικής ασφάλειας για τα παιδιά πράγμα που γίνεται σε κάποιο βαθμό. Πάντως είναι ενθαρρυντικό ότι κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς πολλά σχολεία, είτε μέσω των σχολικών εφοριών είτε με άλλο τρόπο, χρησιμοποιούν ειδικούς τροχονόμους έξω από τα σχολεία για να βοηθούν τα παιδιά να διασταυρώνουν το δρόμο.

#### **4.3.2.: ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΜΕ ΠΟΔΗΛΑΤΑ**

Τα ατυχήματα με ποδήλατα είναι αρκετά συχνά. Οι πιο συνηθισμένοι τραυματισμοί συμβαίνουν μετά από πτώσεις. Τα τραύματα μπορεί να είναι από ελαφρές εκδορές μέχρι εγκεφαλική διάσειση ή αιμορραγία. Οι πιο σοβαροί τραυματισμοί συμβαίνουν μετά από σύγκρουση με άλλα οχήματα. (Περσιάνης, 2015).

Δυστυχώς στο τόπο μας δεν υπάρχουν ποδήλατο-δρόμοι και ούτε κανονισμοί για τη υποχρεωτική χρήση κράνους από τους ποδηλάτες, γι' αυτό επαφίεται στους γονείς να πείσουν τα παιδιά τους να φορούν πάντοτε κράνος (Ρουμιάν, 2012).

Όσον αφορά τους ποδήλατο-δρόμους, μέχρι αυτοί να κατασκευασθούν από τη πολιτεία, οι ποδηλάτες πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί όταν ποδηλατούν στους δρόμους και όταν θέλουν να ασκηθούν, να χρησιμοποιούν μεγάλα πάρκα και γήπεδα. Σε χώρες όπου οι πιο πάνω κανονισμοί έχουν εφαρμοστεί ο αριθμός και η σοβαρότητα των ατυχημάτων με ποδήλατα έχουν ελαττωθεί σημαντικά (Κεχαγιάς, 2012).

Το 82% των παιδιών κάτω των 14 ετών δεν φορούν κράνη ποδηλάτου, 60% των παιδιών κάτω των 14 ετών παρακολουθούν Α & Ε τμήματα λόγω των τραυματισμών που σχετίζονται με το ποδήλατο, το 43% με τραύματα στο κεφάλι. Το 11-15 ετών διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρού τραυματισμού ή θανάτου από το να μην φορούν ή έχουν τοποθετηθεί σωστά κράνος ποδηλάτου. Φορώντας ένα κράνος ποδηλάτων, μειώνει τραυματισμό στο κεφάλι κατά 85% (Οικονόμου, 2010).

#### **4.3.3. : ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η πρόληψη είναι το δυνατό όπλο, που διαθέτουμε σήμερα. Η πολιτεία έχει χρέος να διορθώσει τα κακώς κείμενα χρόνων τώρα στην Ελλάδα. Εμείς όμως σαν γονείς, ιατροί, διδακτικό προσωπικό, απλοί πολίτες έχουμε χρέος πρώτα να διορθώσουμε το εαυτό μας και μετά να προστατεύσουμε και να καθοδηγήσουμε τα παιδιά μας. Και αν δεν τα προστατεύσουμε εμείς που τα αγαπάμε, τότε κανείς δεν θα αναλάβει αυτό το ρόλο (Ανώνυμος, 2014).

Η ΕΛΠΑ έχει καταρτίσει σε συνεργασία με το βρετανικό τμήμα «Teaching Children Road Safety» πρακτικό οδηγό με απλές και πρακτικές συμβουλές σε

τέσσερις ηλικιακές κατηγορίες παιδιών (1-4,5-6,7-9και10-15 ετών), προκειμένου να διδαχθούν από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς κάθε βαθμίδα, τους βασικούς κανόνες οδικής ασφάλειας και ασφαλούς συμπεριφοράς (Παπαδοπούλου, 2015).

**Μεταξύ άλλων συμβουλεύει η ΕΛΠΑ συμβουλεύει τους τρεις βασικούς παράγοντες που πρέπει να βοηθήσουν για τη πρόληψη των ατυχημάτων :**

➔ Τους γονείς, να περπατήσουν μαζί με τους μικρούς μαθητές στις διαδρομές και διαβάσεις προς και από το σχολείο, από τις οποίες η μετάβαση και η αποχώρησή τους γίνονται με ασφάλεια, χωρίς να διατρέξουν κίνδυνο. Επίσης, να ενεργοποιήσουν και να ενισχύσουν- και μέσω των τοπικών τους συλλόγων- το θεσμό του «Σχολικού Τροχονόμου».

➔ Τους νηπιαγωγούς, δασκάλους και καθηγητές, να μνήσουν τους μαθητές στους απλούς κανόνες της ασφαλούς οδικής συμπεριφοράς, όπως στην αποκλειστική χρήση των διαβάσεων και των σηματοδοτών και στην αποφυγή επικίνδυνων παιχνιδιών μέσα και έξω από το σχολείο και στο δρόμο.

➔ Τους οδηγούς, όταν διέρχονται έξω από παιδικούς σταθμούς, νηπιαγωγεία, σχολεία και γυμνάσια, παιδικές χαρές και πάρκα όπου κυκλοφορούν, συχνάζουν και παίζουν μαθητές και μικρά παιδιά, να οδηγούν με αυξημένη προσοχή και μικρότερη ταχύτητα, προκειμένου να ελαχιστοποιούνται οι περιπτώσεις ατυχήματος.

**Ηλικία 1-4 ετών: «Προστατέψτε το παιδί σας» :**

➔ Τα παιδιά αυτής της ηλικίας δεν έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίσουν την κυκλοφορία. Ποτέ μην τα αφήνετε, λοιπόν, μόνα τους, ακόμη και όταν είναι παρέα με μεγαλύτερα παιδιά.

➔ Επιλέξτε το μέρος που θα είναι ασφαλές για να παίζουν. Ποτέ στο πεζοδρόμιο ή στο δρόμο, ακόμη κι αν είναι ήσυχος. Αν δεν υπάρχει, όμως, άλλο μέρος για παιχνίδι, τότε να είναι μαζί τους ενήλικας, να τα προσέχει.

➤ Όταν βγαίνετε μαζί τους έξω, βεβαιωθείτε ότι το παιδί αυτής της ηλικίας περπατά στην πλευρά του πεζοδρομίου που είναι μακρύτερα από την κυκλοφορία (εσωτερικά δηλαδή), ακόμη κι αν του κρατάτε το χέρι.

➤ Δώστε το καλό παράδειγμα. Εξηγείστε του, τί είναι η κυκλοφορία. Πείτε του για τα φανάρια, γιατί πρέπει να σταματάμε και να ελέγχουμε το δρόμο, πριν τον διασχίσουμε. Εξηγείστε του τη διαφορά μεταξύ δρόμου και πεζοδρομίου. Εξηγείστε του ακόμη ότι, πολλές φορές, τα αυτοκίνητα και οι μοτοσικλέτες ανεβαίνουν και στο πεζοδρόμιο για διάφορους λόγους, συνεπώς και εκεί πρέπει να προσέχουμε.

#### **Ηλικία 5-6 ετών: «Διδάσκοντας το παιδί» :**

➤ Όταν βγαίνετε μαζί με το παιδί σας στο δρόμο, πείτε του τι πρόκειται να κάνετε και γιατί.

➤ Κάντε του πρακτική, σε ήσυχους δρόμους κοντά στο σπίτι. Πρώτα, δείξτε του τί να κάνει. Μετά, αφήστε το να σας οδηγήσει εκείνο να περάσετε απέναντι. Αργότερα, αφήστε το να έλθει σε εσάς προσεκτικά, όταν το περιμένετε εσείς στο απέναντι πεζοδρόμιο.

➤ Στην ηλικία αυτή, το παιδί δεν είναι πραγματικά έτοιμο να διασχίσει το δρόμο. Βεβαιωθείτε ότι πάντα ένας ενήλικας θα είναι κοντά του.

➤ Τα περισσότερα ατυχήματα γίνονται όταν το παιδί αρχίζει το σχολείο και δεν συνοδεύεται από ενήλικα. Προσπαθήστε να συνδυάσετε τις ώρες σχολείου με κάποιον άλλο γονέα για να πάρει το παιδί σας από το σχολείο, αν δε μπορείτε εσείς οι ίδιοι.

➤ Επιλέξτε την πιο ασφαλή διαδρομή σχολείο- σπίτι, κάντε τη μαζί με το παιδί σας και εξηγείστε του γιατί. Όπου υπάρχει κοντινή διασταύρωση με σηματοδότη χρησιμοποιείστε τη.

#### **Ηλικίες 7-9 ετών: «Διέλευση σε σταυροδρόμι, χωρίς φανάρια» :**

➤ Εξηγείστε στο παιδί σας τα στάδια που χρειάζονται για να διασχίσει με ασφάλεια ένα δρόμο χωρίς σηματοδότη.



➔ Αφού βεβαιωθείτε ότι το παιδί έχει κατανοήσει τα παραπάνω, κάντε του πρακτική εξάσκηση, ξεκινώντας από ήσυχους δρόμους, που στο παρελθόν έχετε διασχίσει μαζί. Παρακολουθείστε το και βεβαιωθείτε, πριν το αφήσετε μόνο του να το κάνει.

➔ Δοκιμάστε το ίδιο αργότερα, σε πιο πολυσύχναστους δρόμους. Κάντε το μαζί του πολλές φορές, πριν το αφήσετε μόνο του.

➔ Πολλά παιδιά (όπως και ενήλικες) δεν είναι ικανά να κρίνουν την ταχύτητα με την οποία κινούνται τα αυτοκίνητα, καθώς και την απόσταση (πόσο μακριά είναι). Εξ ' άλλου, η ηλικία που τα παιδιά κατανοούν τα θέματα αυτά, διαφέρει από παιδί σε παιδί. Όλα τα παιδιά μαθαίνουν από το παράδειγμα των γονέων τους. Αυτό, μην το ξεχνάτε ποτέ.

➔ Να ντύνετε το παιδί σας με λαμπερά χρώματα (ή χρώματα που «τραβούν το μάτι» των οδηγών) και βέβαια όχι με μαύρα ρούχα, έστω κι αν είναι της μόδας, ειδικά με μουντό ή συννεφιασμένο καιρό. Θυμηθείτε, όμως, ότι και τα πιο λαμπερά χρώματα δεν φωσφορίζουν το βράδυ σε σκοτεινούς δρόμους. Εξηγήστε στο παιδί γιατί το ντύνετε με ανοικτά χρώματα, ειδικά το βράδυ.

**Ηλικίες 10-15 ετών: «Μάθετε στα παιδιά σας να σκέπτονται για τον εαυτό τους» :**

Είναι οι ηλικίες που τα παιδιά χρειάζονται και απαιτούν σταδιακά την ανεξαρτησία τους. Μπορεί μάλιστα να φύγουν και κάποια διαστήματα μακριά από το σπίτι, π.χ. για να επισκεφθούν φίλους τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής παιδιών σε ατυχήματα με αυτοκίνητο είναι ηλικίας από 12 έως 15 ετών. Είναι η ηλικία που το παιδί νομίζει ότι «τα ξέρει όλα». Είναι στο δικό σας χέρι να το κάνετε να δει με σοβαρότητα τα θέματα της οδικής ασφάλειας.

➔ Συνεχίστε να του μιλάτε για τους κινδύνους της κυκλοφορίας. Υπενθυμίστε του να περιμένει να σταματήσει η κίνηση για να διασχίσει ένα δρόμο, να χρησιμοποιεί τις διαβάσεις πεζών, να μην διασχίζει δρόμους κάνοντας «ζιγκ-ζαγκ», ενώ αν υπάρχει νησίδα στη μέση λεωφόρου τότε να διασχίζει τη λεωφόρο σαν

να πρόκειται για δύο ξεχωριστούς δρόμους, σταματώντας και περιμένοντας πάνω στη νησίδα.

➔ Συζητείστε με το παιδί σας τους κινδύνους για κάθε διαδρομή που πρόκειται εκείνο να κάνει (κυρίως αυτή του σχολείου).

➔ Ελέγξτε αν το παιδί σας μπορεί να κρίνει σωστά την ταχύτητα και την απόσταση των αυτοκινήτων σε έναν πολυσύχναστο δρόμο και συζητείστε μαζί του για τα ασφαλή περάσματα.

➔ Επιμείνετε ότι ποτέ δεν πρέπει να διασχίσει ένα δρόμο ακολουθώντας τυφλά τους φίλους του ή άλλους. Πάντα πρέπει να σκέπτεται και να προσέχει εκείνο τον εαυτό του.

➔ Πάνω από όλα, οδηγείτε το παιδί με το παράδειγμα σας, τόσο σαν πεζοί όσο και σαν οδηγοί- αναβάτες (ζώνες- κράνος), (Ανώνυμος, 2015).

#### **4.3.4. : ANTIMETΩΠΙΣΗ**

Δεν υπάρχει μαγική λύση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων οδικής ασφάλειας. Υπάρχει ένα μεγάλο φάσμα αποτελεσματικών μέτρων που μπορούν να ληφθούν. Σε χώρες με μακρά παράδοση μηχανοκίνητων μεταφορών, φάνηκε ότι η επιστημονική μεθοδική προσέγγιση του προβλήματος, είναι καθοριστικός παράγοντας για τον επιτυχή χειρισμό του προβλήματος. Η μεθοδική επιστημονική προσέγγιση, απαιτεί ολοκληρωτική αντίληψη του ζητήματος εξετάζοντας τις σχέσεις μεταξύ όλων των παραμέτρων δηλαδή των οχημάτων, των χρηστών και την υποδομή του δικτύου (Φροσύνης, 2015).

**Ανάγκη επαγρύπνησης :**

Είναι απαραίτητο να εξετάζεται διαρκώς η επικρατούσα κατάσταση, να διερευνώνται συνεχώς τρόποι αντιμετώπισης. Η δραστική και άμεση υιοθέτηση νέων μέτρων για πρόληψη και εξάλειψη της μεγάλης αυτής μάστιγας, πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα των κυβερνήσεων όλων των χωρών. Είναι λοιπόν απαραίτητο, το θέμα της οδικής ασφάλειας να αποτελέσει προτεραιότητα για όλες τις κυβερνήσεις, να εφαρμοστούν άμεσα μακροχρόνια προγράμματα εκπαίδευσης του πληθυσμού και βελτίωσης των φυσικών παραγόντων που μπορούν να συμβάλλουν στη γένεση οδικών τραγωδιών.

Από την άλλη μεριά πολλοί υποστηρίζουν, ότι εκμάθηση των απαγορεύσεων θα κάνει τα παιδιά και τους νέους να αντιδράσουν αντίθετα από αυτές, κάνοντάς τα έτσι ανυπότακτα στους κανόνες οδικής ασφάλειας (Μπαούση, 2013).

#### **4.4. : ΠΑΙΔΙΚΗ ΧΑΡΑ-ΧΩΡΟΙ ΑΝΑΨΥΧΗΣ**

Η αξία των υπαίθριων παιδικών πάρκων είναι τεράστια για τη σωστή σωματική, συναισθηματική και νοητική εξέλιξη και ωρίμανση των παιδιών, αφού εδώ τα παιδιά βιώνουν συνθήκες ελευθερίας για να τρέξουν, να παίξουν, να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο πρέπει να δίνεται η ανάλογη προσοχή στη διαμόρφωσή τους αλλά και κυρίως στη συντήρησή τους.

Γιατί μπορεί μεν οι παιδικές χαρές να αποτελούν τον επίγειο παράδεισο των μικρών, δεν λείπουν όμως και οι τραυματισμοί, ιδίως στις πιο κακό-συντηρημένες από αυτές. Οι αρμόδιες αρχές βέβαια, διαβεβαιώνουν ότι από το 2004 και έπειτα οι εργασίες αναμόρφωσης των παιδικών χαρών δεν επιτρέπουν τους τραυματισμούς, παρ' όλα αυτά αρκετοί είναι οι γονείς που παραπονιούνται για κακή συντήρηση, ελλιπή φύλαξη και χαμηλό φωτισμό τα βράδια σ' αυτούς τους χώρους.



Το κράτος και οι ενήλικες ευθύνονται για τη δημιουργία σωστής υποδομής, ώστε το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνουν τα παιδιά να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο ασφαλές. Παρά ταύτα, όλα τα παιδιά παθαίνουν ατυχήματα. Ο συνδυασμός τύπου κατοικίας, κοινωνικής τάξης, γένους, ηλικίας, ωριμότητας και χαρακτήρα, δημιουργεί τις προϋποθέσεις που προκαλούν τα ατυχήματα. Έχει παρατηρηθεί ότι, τα αγόρια παθαίνουν συχνότερα ατυχήματα από τα κορίτσια, προκαλούνται περισσότερα παιδικά ατυχήματα στις υποβαθμισμένες περιοχές, και ορισμένα παιδιά είναι περισσότερο ρισκοκίνδυνα από άλλα.

Κάθε παιδική χαρά λειτουργεί με ευθύνη του οικείου δήμου, ο οποίος οφείλει να λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την ασφαλή λειτουργία της. Σε περίπτωση δε ατυχήματος σε παιδική χαρά που δεν είναι σφραγισμένη και είναι προσπελάσιμη, ο δήμος δεν αποποιείται την ευθύνη του με την τοποθέτηση πινακίδας στην οποία αναγράφεται ότι η χρήση της γίνεται με ευθύνη των γονέων (Φούρα, 2015).

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ατυχημάτων των παιδιών στην παιδική χαρά ήταν 53%, στην ηλικιακή ομάδα έως 7 ετών, που ακολουθείται από 29% από την ηλικιακή ομάδα 7-11-ετών. Με την αύξηση της ηλικίας, ο αριθμός των ατυχημάτων μειώνεται (Dordel και Kunz, 2005).

<b>ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΧΑΡΑ ΚΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ</b>	
Εξοπλισμός παιδικής χαράς	Ποσοστό των ατυχημάτων
Κούνια	30,0
Τσουλήθρα	20,0
Αναρριχητής	13,0
Τραμπάλα	1,5
Καρουζέλ	3,9
Σκάμμα	1,8
Ξύλινο σπιτάκι	1,8
Άλλα παιχνίδια	23,9

(Mayr et al., 1995, Aufbereitung Große schützen Kleine, 1999).

#### **Παιδικά ατυχήματα στη παιδική χαρά ανά ηλικία :**

Η παιδική χαρά είναι ένα είδος διασκέδασης για τα παιδιά, που κυριαρχεί στις αστικές περιοχές, όπου τα παιδιά ξοδεύουν σημαντικό μέρος του ελεύθερου χρόνου τους. Μέσα από μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστρία, από τους Mayr και τους συνεργάτες του, το 1995, αξιολογήθηκαν 374 ατυχήματα παιδική χαρά (Καππάτου, 2014).

Τα πιο κοινά ατύχημα στην παιδική χαρά είναι η "πτώση κάτω" (57%), η «Πτώση στο ίδιο επίπεδο» (15%), η «σύγκρουση»,(12%) και τα ανεπιτυχείς άλματα (5%). Τα ατυχήματα αυτά είναι ιδιαίτερα κούνιες, τσουλήθρες συμμετέχουν και αναρρίχηση εξοπλισμού. Οι πιο κοινές τραυματισμοί είναι μώλωπες (34%), τραύματα του δέρματος (24%), κατάγματα των άκρων (24.6%), διαστρέμματα (10,7%) και διασεισεις (6,7%).

#### 4.4.1. : ΠΡΟΛΗΨΗ

##### Τα μέτρα που πρέπει να παίρνουν οι γονείς:

➔ Η συχνή και ουσιαστική επίβλεψη ενός παιδιού αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την πρόληψη ατυχημάτων, κυρίως τα πρώτα χρόνια της ζωής του, μέσα και έξω από το σπίτι.

➔ Αν το παιδί είναι ακόμα πολύ μικρό, προσέξτε μην ανέβει σε πολύ ψηλές κατασκευές χωρίς της επίβλεψή σας. Ίσως χάσει την ισορροπία του ή να μην ξέρει πώς να κατέβει (Κωστάρα, 2014).

➔ Φροντίστε να μάθει το παιδί να μην τρέχει μπροστά ή πίσω από τις κούνιες που χρησιμοποιούν τα άλλα παιδιά.

➔ Στις τσουλήθρες, παρακολουθήστε μήπως υπάρχουν πολλά παιδιά στη σκάλα ή ένα μεγαλύτερο παιδί προσπαθεί να σκαρφαλώσει πάνω από κάποιο άλλο μικρότερο.

➔ Να είστε σίγουροι ότι η παιδική χαρά που έχετε επιλέξει, πληροί τις προϋποθέσεις ασφάλειας. Τίποτα κατά το παιχνίδι δεν πρέπει να θέσει την υγεία του παιδιού σε κίνδυνο.

➔ Συνοδεύετε πάντα τα μικρότερα παιδιά, αλλά να τα αφήνετε ελεύθερα να παίζουν και να διασκεδάσουν. Εσείς θα είστε ο άγρυπνος φύλακας που τα παρακολουθεί από απόσταση (Ανώνυμος, 2011).

➔ Δεν τα αφήνετε να εκτεθούν στον ήλιο τις μεσημεριανές ώρες του καλοκαιριού όσο κι να το επιθυμούν.

➔ Ελέγχετε, ώστε η παιδική χαρά να είναι περιφραγμένη.

➔ Αν έχει χρώμα και όχι τους πιο σύγχρονους χλοοτάπητες, αυτό να είναι μαλακό, τα όργανα να είναι πρόσφατα συντηρημένα, οι κούνιες και οι τραμπάλες γερά στερεωμένες, να μην υπάρχουν σίδερα σκουριασμένα ή άλλα εξαρτήματα ξεχαρβαλωμένα (Νινιράκη και Κολλιού, 2015).

➔ Επίσης, ελέγξτε τον περιβάλλοντα χώρο για ακαθαρσίες ζώων (ιδίως το σκάμμα με το χρώμα), γυαλιά ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα.

➤ Να συμβουλευέτε τα παιδιά να μην ακολουθούν τα μεγαλύτερα παιδιά στις δραστηριότητές τους, να μην κατεβαίνουν από την κούνια εάν δεν έχει σταματήσει, να μη στέκονται όρθια πάνω στην τσουλήθρα και όπου χρειάζεται να μάθουν να περιμένουν τη σειρά τους.

➤ Οι καλύτερες παιδικές χαρές πάντως διαθέτουν χωριστούς χώρους απασχόλησης για τα νήπια και χωριστό χώρο για τα μεγαλύτερα παιδιά.

➤ Αν εντοπίσετε κάποιο πρόβλημα ή κρίνετε ότι η εν λόγω παιδική χαρά δεν εγγυάται την ασφάλεια των παιδιών, απευθυνθείτε στη δημοτική αρχή της περιοχής τάχιστα.

#### **4.5. : ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΘΛΗΣΗ**

Ο αθλητισμός, το σπορ και η σωματική άσκηση ευεργετούν τη σωματική και ψυχική σας υγεία. Το σώμα σας ωφελείται, μεταξύ άλλων, λόγω της βελτίωσης του κυκλοφορικού συστήματος, τόνωσης της καρδιάς και ενδυνάμωσης των μυών και του σκελετού σας. Επιπρόσθετα, η σωματική άσκηση βοηθά σημαντικά την ψυχική σας υγεία και διάθεση.

Η συμμετοχή σε σπορ βελτιώνει την αυτοπεποίθηση, την αυτοπειθαρχία και τις δεξιότητες συντονισμού. Τα ωφέληματα της άσκησης και της συμμετοχής σε σπορ είναι ακόμη πιο σημαντικά για τα παιδιά και τους έφηβους. Όσο πιο νωρίς στη ζωή αρχίζουν οι υγιείς αυτές συνήθειες, τόσο καλύτερα τίθενται οι βάσεις για καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία για όλη τη ζωή.

Δεν πρέπει όμως να ξεχνούμε τους κινδύνους, που δημιουργούνται λόγω σωματικής άσκησης και της συμμετοχής σε διάφορα αθλήματα. Οι τραυματισμοί κατά την άθληση είναι δυστυχώς κάτι το οποίο συμβαίνει. Ευτυχώς, γνωρίζοντας τους κινδύνους μπορούμε να προλαμβάνουμε και να αποτρέπουμε τους περισσότερους τραυματισμούς λόγω σπορ. Λαμβάνοντας μερικά απλά μέτρα πρόληψης θα κερδίζουμε πολύ περισσότερα, ( Γερμενή, 2008).

Σε παιδιά και έφηβους που βρίσκονται στη φάση ανάπτυξης των οστών τους, χρειάζεται προσοχή για τα τραύματα της περιοχής ανάπτυξης των οστών, στους συζευκτικούς χόνδρους που εντοπίζονται μεταξύ της επίφυσης και μετάφυσης των

μακρών οστών των παιδιών. Ο συζευκτικός χόνδρος, είναι υπεύθυνος για την κατά μήκος αύξηση των οστών.

#### **4.5.1. : Οι τραυματισμοί σε σπορ επαφής :**

Τα σπορ επαφής όπως για παράδειγμα το ποδόσφαιρο, δημιουργούν περισσότερους κινδύνους τραυματισμού για τους αθλητές. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται για τους τραυματισμούς του αυχένα και της σπονδυλικής στήλης. Η μεγαλύτερη συχνότητα τραυματισμών, καταγράφεται στα σπορ που υπάρχουν επαφές και συγκρούσεις.

#### **4.5.2. : Οι τραυματισμοί στην κεφαλή και στον εγκέφαλο :**

Οι τραυματισμοί της κεφαλής είναι οι σοβαρότεροι από τους τραυματισμούς λόγω σπορ. Παρά το γεγονός ότι οι θάνατοι λόγω τραυματισμού κεφαλής είναι σπάνιοι εντούτοις κατατάσσονται πρώτοι ως αιτία θανάτου εξαιτίας τραυματισμού σε σπορ. Υπολογίζεται ότι 21% των βλαβών εγκεφάλου λόγω τραυμάτων στα παιδιά οφείλονται σε ατυχήματα κατά τη διάρκεια αθλημάτων ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων. Σε αυτά περιλαμβάνονται η ποδηλασία και αθλήματα με σανίδα σε τροχούς, πατίνια, παγοπέδιλα ή τροχοπέδιλα.

Επειδή ο τραυματισμός του εγκεφάλου μπορεί να αποβεί μοιραίος, το πρώτο πράγμα που απαιτείται είναι να σιγουρευτείτε ότι χρησιμοποιείτε το κατάλληλο προστατευτικό κράνος και άλλη προστατευτική εξάρτηση ανάλογα με το άθλημα που κάνετε. Επιπρόσθετα σιγουρευτείτε ότι όλα αυτά εφαρμόζουν καλά στο σώμα σας (Ανώνυμος, 2010).

#### **4.5.3. : ΠΡΟΛΗΨΗ**

**Πολλά είναι τα ατυχήματα την ώρα του παιχνιδιού αλλά και των σπορ. Κι εδώ όμως μπορούμε να είμαστε προετοιμασμένοι :**

➡ Τα γήπεδα και οι παιδότοποι θα πρέπει να είναι μακριά από δρόμους όπου περνούν αυτοκίνητα.

➡ Αν τα παιδιά ασχολούνται με το ποδόσφαιρο, καλό θα είναι να μην χρησιμοποιούν παπούτσια με ψηλές τάπες, όπως συνηθίζεται.

➤ Κατά την διάρκεια της άθλησης, πρέπει να αφαιρούμε από τα παιδιά προσωπικά τους αντικείμενα, όπως σταυρό, ρολόι κτλ που μπορούν να προκαλέσουν τραυματισμό τόσο στα ίδια όσο και σε συμπαίκτες ή αντιπάλους τους.

➤ Τα παιδιά πρέπει απαραίτητα να χρησιμοποιούν τον κατάλληλο προστατευτικό εξοπλισμό κατά τη διάρκεια της άθλησης ώστε να αποφεύγονται οι τραυματισμοί: προστατευτικές επωμίδες, επιγονατίδες, κράνη, αντιολισθητικές σαγιονάρες για την πισίνα είναι μερικά αξεσουάρ, που αποτελούν τμήμα του εξοπλισμού αυτού (Μουχτούρη, 2013).

➤ Μην ξεχνάτε ελέγχετε τακτικά την κατάσταση του εξοπλισμού του παιδιού σας για πιθανές φθορές, φροντίζοντας για την άμεση αποκατάστασή του όποτε χρειαστεί.

➤ Είναι επικίνδυνο για οποιοδήποτε παιδί να γυμνάζεται με πολύ ζεστό και υγρό καιρό.

➤ Αυτό οφείλεται στο ότι τα παιδιά έχουν μικρότερη δυνατότητα εφίδρωσης από τους ενήλικους. Όταν τα παιδιά αρχίσουν μια σκληρή άσκηση, πρέπει να το κάνουν σταδιακά. Πρέπει δε, να πίνουν αρκετό νερό, για να μην πάθουν αφυδάτωση.

➤ Όταν εξασκείτε ένα άθλημα, βεβαιωθείτε ότι εσείς και/ή το παιδί σας χρησιμοποιείτε τον κατάλληλο προστατευτικό εξοπλισμό. ελέγχετε τακτικά την κατάσταση του εξοπλισμού σας για πιθανές φθορές, καθώς και τον χώρο άθλησης (Ξημέρη, Ρασιδάκη και Τερζάκη, 2002).

➤ Φροντίστε να γνωρίζετε και να ακολουθείτε τις ειδικές συστάσεις και τους προβλεπόμενους κανονισμούς που αφορούν το άθλημα το οποίο εξασκείτε. Βεβαιωθείτε ότι και οι συναθλητές σας κάνουν το ίδιο.

➤ Να κάνετε ασκήσεις μυϊκής προθέρμανσης, για τουλάχιστον πέντε λεπτά, πριν την εξάσκηση ενός αθλήματος .

➤ Να είσατε ρεαλιστές όσον αφορά στη φυσική σας απόδοση και να μη φέρνετε τον οργανισμό σας στα όριά του.



➤ Προτρέψτε το παιδί σας να συμμετέχει σε οργανωμένες αθλητικές δραστηριότητες, με πιστοποιημένους προπονητές, εκπαιδευμένους στην πρόληψη, την αναγνώριση και την άμεση αντιμετώπιση των τραυματισμών (Γεωργιακώδης και Βοζίκης, 2004).

## **4.6. : ΘΑΛΑΣΣΑ - ΠΙΣΙΝΑ**

### **4.6.1. : ΠΙΣΙΝΑ**

Η πισίνα στα μάτια των παιδιών είναι το συνώνυμο του καλοκαιριού, της διασκέδασης και της δροσιάς. Πολλές παιδικές κατασκηνώσεις που δεν έχουν άμεση πρόσβαση στη θάλασσα διατηρούν μέσα στις εγκαταστάσεις τους πισίνες στις οποίες τα παιδιά περνούν κάμποσες ευχάριστες ώρες από τις καλοκαιρινές τους διακοπές στην κατασκήνωση.

Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι κανόνες που καλό είναι να εφαρμόζονται σε όσους χώρους διαθέτουν πισίνα καθώς επιτείνουν το αίσθημα της ασφάλειας και προστατεύουν τα παιδιά από ενδεχόμενους κινδύνους.

Το νερό της πισίνας θα πρέπει να καθαρίζεται τακτικά και τα χημικά αυτά θα πρέπει να κρατούνται κλειδωμένα, μακριά από το χώρο της πισίνας ή οπουδήποτε μπορούν να τα βρουν τα παιδιά καθώς τα περισσότερα από το προϊόντα απολύμανσης πισίνας είναι εξαιρετικά επικίνδυνα.

Τέλος, οι χαρακτηριστικότεροι κανόνες που εφαρμόζονται σε όλες τις πισίνες, πόσο μάλλον σε ένα χώρο γεμάτο ενεργητικά και ακούραστα παιδιά, είναι ότι «δεν κολυμπάμε μετά από φαγητό» και «δεν τρέχουμε στο χώρο της πισίνας» (Ανώνυμος, 2014).

#### **4.6.1.3. : ΠΡΟΛΗΨΗ**

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

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

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

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

➡ Πρέπει να τρώνε τρεις ώρες πριν μπουν στο νερό (Eslocker, 2010).

#### **4.6.2. : ΘΑΛΑΣΣΑ**

Το μεγαλύτερο μέρος της Ελλάδας περιβάλλεται από θάλασσα, καθώς επίσης και λίμνες, ποτάμια και χείμαρρους. Λόγω καλών καιρικών συνθηκών τον περισσότερο χρόνο, οι ακτές είναι γεμάτες κόσμο. Ο συνδυασμός ήπιου κλίματος και υγρού στοιχείου, κάνει τα παιδιά στη χώρα μας ιδιαίτερα επιρρεπή στα ατυχήματα από πνιγμό.

Είναι αποδεδειγμένο ότι τα μικρά παιδιά μπορούν να πνιγούν, σε λίγα μόνο εκατοστά νερό και σε ελάχιστο χρόνο. Τα μωρά και τα μικρά παιδιά πνίγονται σιωπηλά και μπορεί να πνιγεί σε μόλις 5 εκατοστά νερό. Έτσι, ακόμη και η δεξαμενή συλλογής βρόχινου σε ένα κουβά μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για ένα μικρό παιδί (Ανώνυμος, 2014).



##### **4.6.2.1. : Μωρά**

Τα μωρά δεν μπορούν να ελέγξουν τις κινήσεις τους, έτσι δεν θα είναι σε θέση να πάρουν οι ίδιοι έξω από το πρόβλημα, αν γλιστρήσει κάτω από το νερό στη θάλασσα. Μπορούν επίσης να μην κάνουν κανένα θόρυβο ή αγώνα, αλλά απλά πνίγονται σιωπηλά, έτσι ώστε να μην ξέρετε τίποτα έχει συμβεί μέχρι να είναι πολύ αργά.

➡ Μείνετε με το μωρό σας όλη την ώρα όταν είστε στη θάλασσα, ακόμα και αν υπάρχει μεγαλύτερος αδελφός ή αδελφή στη θάλασσα μαζί τους.

➡ Να θυμάστε ότι τα σωσίβια της θάλασσας δεν είναι συσκευές ασφαλείας, τα μωρά μπορούν να ξεγλιστρήσουν χωρίς αυτούς (Μιχαλοδημητράκη, 2013).

##### **4.6.2.2. : Νήπια**

Όπως τα μωρά αρχίζουν να ανιχνεύουν και να περπατούν είναι όλο και πιο πιθανό να εξερευνούν. Μπορούν να έχουν περισσότερο έλεγχο στα άκρα τους, αλλά

ακόμα δεν μπορούν να είναι σε θέση οι ίδιοι να ανταπεξέρθουν στο πρόβλημα, αν πάνε στη θάλασσα.

➔ Στη θάλασσα θα πρέπει να μείνετε με το παιδί ανά πάσα στιγμή.

➔ Και βεβαιωθείτε ότι ο κήπος σας είναι ασφαλής, έτσι ώστε το παιδί σας δεν μπορεί να πάρει σε λίμνη των γειτόνων.

#### **4.6.2.3. : Μεγαλύτερα παιδιά**

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν αγαπούν να δοκιμάζουν τις ικανότητές τους. Μπορούν να αρχίσουν να αισθάνονται σίγουροι για την κολύμβηση, αλλά μπορεί να υπερεκτιμούν το τι μπορούν να κάνουν. Είναι μια καλή ιδέα να τους διδάξει σχετικά με την ασφάλεια γύρω από το νερό.

➔ Παιδιά κάτω των 8 ετών πρέπει να επιβλέπονται γύρω από το νερό. Μπορεί να έχουν κατανοήσει τις οδηγίες, αλλά είναι πιθανό να ξεχάσουν ενώ διασκεδάζουν ή είναι ενθουσιασμένα.

➔ Ενθαρρύνετε τα παιδιά να κολυμπούν σε ασφαλή μέρη, που έχουν εκπαιδευτεί ναυαγοσώστες.

➔ Εξηγήστε τους ότι το κολύμπι στα κανάλια, λίμνες ή ποταμούς, είναι επικίνδυνο καθώς, ακόμη και αν είναι δεινοί κολυμβητές, φαινόμενα όπως τα ισχυρά ρεύματα, βαθιά νερά και τα αντικείμενα που κρύβονται μέσα στο νερό, που δεν μπορείτε να δείτε και είναι όλα πραγματικά επικίνδυνα.

#### **4.6.2.4. : Στην παραλία**

➔ Διδάξτε στο παιδί σας να κολυμπούν ανάμεσα στα δύο χρώματα της σημαίας, στο κόκκινο και στο κίτρινο, όπου σε αυτές τις περιοχές επιτηρούν ναυαγοσώστες.

➔ Σκεφτείτε δύο φορές πριν να αφήσει το παιδί σας να πάρει ένα φουσκωτό στη θάλασσα, όπως είναι εύκολο για τα παιδιά να διαχειριστούν το φουσκωτό ή εάν υπάρχει πιθανότητα να πάθει κάποιο έγκαυμα το παιδί.

➤ Εάν υπάρχει πορτοκαλί σημαία στη παραλία που σημαίνει ότι είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα τα νερά της θάλασσας από τους ανέμους.

➤ Πάντα τα παιδιά να επιβλέπονται από τους γονείς όταν βρίσκονται στη θάλασσα (Μιχαλοδημητράκη, 2013).

#### **4.6.2.5. : ΠΡΟΛΗΨΗ**

##### **Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στη θάλασσα :**

➤ Είναι πολύ σημαντικό να μάθουμε στα παιδιά μας από την πιο μικρή ηλικία να κολυμπούν σωστά και να μην ξεχνάμε ότι το κολύμπι σώζει ζωές.

➤ Ποτέ μην αφήνουμε τα μικρά παιδιά κοντά στο νερό χωρίς επίβλεψη, ακόμα και εάν ξέρουν να κολυμπούν.

➤ Να μην βασιζόμαστε σε φουσκωτά αντικείμενα όπως μπρατσάκια και κουλούρες, για την ασφάλεια των παιδιών μας.

➤ Να μην κολυμπούν τα παιδιά με γεμάτο στομάχι, πρέπει να έχουν περάσει τουλάχιστον 3 ώρες από το τελευταίο γεύμα.

➤ Μην αφήνουμε τα παιδιά να απομακρύνονται από την ξηρά χωρίς επίβλεψη.

➤ Είναι επικίνδυνο το κολύμπι σε πολύ ταραγμένη θάλασσα και σε περιοχές όπου υπάρχει δυνατό θαλάσσιο ρεύμα.

➤ Είναι σημαντικό τα παιδιά να μην υπερεκτιμούν τις δυνατότητές τους στο κολύμπι και να αποφεύγουν τους ηρωισμούς.

➤ Τα επικίνδυνα παιχνίδια στο νερό, όπως πατητές, κράτημα αναπνοής και άλλα, πρέπει να αποφεύγονται, μπορούν πολύ εύκολα να καταλήξουν σε πνιγμό.

➤ Στις μικρές ηλικίες, όταν τα παιδιά βρίσκονται σε σκάφος πρέπει πάντα να φοράνε εγκεκριμένα σωσίβια και να επιβλέπονται ((Μιχαλοδημητράκη, 2013).

#### **Θαλάσσια Αθλήματα**

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

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

➤ Σε περίπτωση που μεγαλύτερα παιδιά, κάνουν καταδύσεις και υποβρύχιο ψάρεμα, πρέπει να χρησιμοποιούν τον κατάλληλο εξοπλισμό, να ακολουθούν πιστά τους κανόνες ασφαλείας, να είναι συνδεδεμένα με την ειδική σημαδούρα για να διακρίνονται από διερχόμενα σκάφη και να είναι πάντα συνοδευόμενα.

### **Προτιμήστε οργανωμένες, επιτηρούμενες παραλίες**

➤ Τα παιδιά πρέπει να μπαίνουν στη θάλασσα τουλάχιστον 3 ώρες μετά το γεύμα ώστε να έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία της πέψης.

➤ Ιδανικό είναι τα παιδιά να εξοικειώνονται από μικρή ηλικία με το νερό και να εκπαιδεύονται στην κολύμβηση από ειδικούς.

➤ Επιβάλλεται να μην κολυμπά ποτέ μόνο του ένα παιδί. Μέχρι τα 2 έτη κρατήστε τα μικρά στην αγκαλιά και τα νήπια σε απόσταση «ενός χεριού».

➤ Τα παιδιά που δεν ξέρουν κολύμπι, όταν βρίσκονται κοντά ή μέσα στο νερό πρέπει πάντα να φορούν σωσίβιο, κατάλληλο για την ηλικία και τη σωματική τους διάπλαση (Κρητικού, 2013).

➤ Η χρήση συσκευών επίπλευσης ή τα μαθήματα κολύμβησης δεν μπορούν σε καμιά περίπτωση να υποκαταστήσουν τη γονική επίβλεψη. Προσοχή, διότι ο πνιγμός στα παιδιά είναι σύντομος και σιωπηλός.

➤ Διδάξτε τα παιδιά να μη βουτάνε από ύψος σε άγνωστα ή θολά νερά και να μην μπαίνουν στη θάλασσα τρέχοντας ή με βουτιά με το κεφάλι, ιδίως όταν υπάρχουν βράχια ή κύματα.

➤ Η ενασχόληση με θαλάσσια σπορ προϋποθέτει εκπαίδευση από ειδικό, απαραίτητο εξοπλισμό και τη συνοδεία έμπειρου ενήλικα, ((Μιχαλοδημητράκη, 2013).

#### 4.6.2.6. : ANΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Στην περίπτωση ενός πιθανού πνιγμού, θα πρέπει να διατηρήσουμε την ψυχραιμία μας και να μην θέσουμε τον εαυτό μας σε κίνδυνο. Θα πρέπει να γνωρίζουμε τις πρώτες βοήθειες για να αντιμετωπίσουμε μια τέτοια περίπτωση (ΚΑΡΠΑ). Πριν κάνουμε οποιαδήποτε ενέργεια θα πρέπει να ελέγξουμε το περιβάλλον γύρω από το ατύχημα και κατά το πόσο είναι επικίνδυνο και για εμάς ή όχι. Αφού σιγουρευτούμε για την ασφάλειά μας, σπεύδουμε να βοηθήσουμε, (Στάθη, 2010).

##### Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση σε θύμα πνιγμού

##### (ΚΑΡΠΑ - Φιλί της ζωής - CPR)

1 Καθάρισε την στοματική κοιλότητα



2 Είσαι καλά: Αν δεν απαντά, τότε:



3 Διάνοιξη αεραγωγού με ανύψωση της κάτω γνάθου και έκταση κεφαλής



4 Βλέπε - άκουσε - νιώσε την αναπνοή: Αν δεν υπάρχει, τότε το επόμενο βήμα



5 Δώσε 5 αποτελεσματικές αναπνοές και δες αν ανασπώνεται ο θώρακας



6 Έλεγξε σφυγμό στην καρωτίδα ή βραχιόνια αρτηρία σε βρέφη



Αν δεν έχει αναπνοή και κυκλοφορία τότε:

7 Κάνε 30 θωρακικές συμπιέσεις 2 αναπνοές εναλλάξ



8 Κάνε 30 θωρακικές συμπιέσεις 2 αναπνοές εναλλάξ



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

#### **5.1. : ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Τα παιδιά είναι ευάλωτα, εξαρτώμενα και έχουν τον δικό τους κόσμο αισθημάτων, σκέψεων και αντιλήψεων. Η παιδική ηλικία είναι μια σημαντικότερη ψυχολογικά, εξελικτική φάση. Σε αυτή διαμορφώνονται, μέσα από την αλληλεπίδρασή με το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον, ο χαρακτήρας και η προσωπικότητα του παιδιού. Το παιδί καθώς μεγαλώνει έχει σωματική, ψυχική, νοητική και κοινωνική ανάπτυξη.

Τα βιώματά τους από την οικογένεια, το σχολείο, την κοινωνία καταγράφονται νευροβιολογικά και συναισθηματικά επηρεάζοντας τη συμπεριφορά, τις σχέσεις, τις συνήθειες και γενικότερα όλη τους τη ζωή. Με αποτέλεσμα, να είναι σημαντικό να περικλυονται από ένα ασφαλές περιβάλλον κατά την ανάπτυξή τους. Τα παιδιά λόγω το νεαρό της ηλικίας τους έχουν μειωμένη ικανότητα να διακρίνουν τον κίνδυνο του ατυχήματος, ως επακόλουθο οι πιθανότητες ατυχήματος να είναι τριπλάσιες από αυτές των ενηλίκων. Για κάθε θάνατο παιδιού από ατύχημα αντιστοιχούν 3-4 αναπηρίες και 5-6 βαρείς τραυματισμούς με όλες τις θλιβερές συνέπειες (Rivara, McCarty, Shandro, Wang και Zatzick, 2014)

Τα παιδιά και οι έφηβοι συχνά είναι εκτεθειμένοι σε τραυματισμούς τόσο ως μέλη της οικογένειας, καθώς και μέλη της κοινωνίας. Ενώ, λοιπόν, κατακλύζονται από εικόνες, σκέψεις και συναισθήματα που σχετίζονται με την τραυματική εμπειρία, παρουσιάζουν δυσκολία συγκέντρωσης, ή ακόμη έχουν γενικευμένο άγχος και δυσκολία στον ύπνο βλέποντας συχνά εφιάλτες.

Πιθανολογείται να έχουν εκρήξεις θυμού ή να παρουσιάζουν κρίσεις πανικού και φοβίες, είτε να υποφέρουν από κατάθλιψη. Μπορεί ακόμη και να σκέφτονται πως η ζωή τους είναι χωρίς νόημα, να δυσκολεύονται να δημιουργήσουν ή να διατηρήσουν στενές σχέσεις και να έχουν ψυχοσωματικές αντιδράσεις όπως πονοκέφαλοι, ταχυκαρδίες και άλλα συμπτώματα που εντείνουν το πρόβλημα του τραυματισμού (Campbell και Lewandowski, 2013).

## **5.2: ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

Μετά από ένα ισχυρό τραυματισμό, το παιδί μπορεί να παρουσιάσει εγκεφαλική παράλυση ή διπληγία, με αποτέλεσμα το παιδί να είναι ανίκανο να περπατήσει και να χρειάζεται βοηθητικά μέσα (αναπηρική καρέκλα, πατερίτσες). Η τετραπληγία ως διαταραχή και στα τέσσερα μέλη του σώματος, συνοδεύεται συχνά από νοητική υστέρηση και επιληπτικές κρίσεις. Τα παιδιά με ημιπληγική μορφή, καταφέρνουν να βαδίσουν συχνά όμως παρουσιάζουν επιληπτικές κρίσεις, μαθησιακά προβλήματα και δυσκολίες στη κατανόηση των μαθηματικών εννοιών ( Παντελιάδης, . Συρίγου & Παπαβασιλείου 2002) .

## **5.3. : ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Οι γονείς, είναι τα πρώτα άτομα που επηρεάζονται μετά από ένα ατύχημα που συμβαίνει στο παιδί τους. Οι γονείς των θανόντων ή παιδιών που είχαν υποστεί μετατραυματική βλάβη, αλλά και οι συγγενείς, φαίνεται συχνά, να έχουν εντονότερα σωματικά προβλήματα από τα ίδια τα θύματα που επιζούν, δηλαδή από τους αναπήρους. Παρουσιάζουν λοιπόν διαταραχές στον ύπνο, κεφαλαλγίες, αγωνιώδεις επιπτώσεις, αλλά και αδιαφορία για τις συνήθεις ασχολίες (Singer, Anglin, Song και Lunghofer, 2002).

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη, διαπιστώθηκε ότι η χρήση ηρεμιστικών χαπιών, καπνού, αλκοόλ και άλλων ουσιών αυξήθηκαν σε κατανάλωση ύστερα από ένα τροχαίο ατύχημα το οποίο δημιούργησε θυμό στην οικογένεια.

Μετά από κάποιο ατύχημα μπορεί να εμφανιστούν : προβλήματα σχέσεων, προβλήματα επικοινωνίας, χωρισμοί ζευγαριών, τα παιδιά μένουν πίσω στο σχολείο ή φεύγουν από το σπίτι, το ζευγάρι αλλάζει κατοικία, κτλ. (Tsoukala, και Tsoumakas, 2013).

Αναπηρίες και ανικανότητες εμποδίζουν την πρόοδο των παιδιών στα πρώτα χρόνια της ζωής τους, στερώντας τους έτσι την εκπαίδευση και την κοινωνική τους ανάπτυξη. Τα παιδιά με ειδικές ανάγκες μετά από ένα ατύχημα οδικής κυκλοφορίας συχνά απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα. Η υπερβολική πίεση που διατίθενται στις



οικογένειες που έχουν να φροντίσουν τα παιδιά τους, μπορεί να οδηγήσει τους ενήλικες να εγκαταλείψουν τις δουλειές τους, οδηγώντας τους σε συνθήκες φτώχειας.

Τα μέλη του παραρτήματος της Ελληνικής Εταιρείας Υποστήριξης Θυμάτων Τροχαίων Ατυχημάτων (ΕΥΘΥΤΑ) στην Κατερίνη συνέλεξαν πληροφορίες για την άμεση μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη εξέλιξη 27 οικογενειών των οποίων κάποιο μέλος έπεσε θύμα τροχαίου (Adler, 2009).

**Κατά το διάστημα μεταξύ τεσσάρων και έξι μηνών μετά το τροχαίο αποδείχθηκε ότι :**

➔ Όλα μέλη εμφάνιζαν διαταραχή με αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα. Αδυνατούσαν να υλοποιήσουν ειλημμένες αποφάσεις.

➔ Όλοι όσοι ρωτήθηκαν αισθάνονταν θυμό και μνησικακία για τα υπόλοιπα μέλη που συνέχιζαν τη ζωή τους για τη σύζυγο ή τα παιδιά του εκλιπόντος , για τον αντίδικο, ακόμη και για τον Θεό.

➔ Τα μέλη δεκαπέντε οικογενειών φοβούνταν τα ταξίδια, τις ασθένειες αλλά και τον συνωστισμό.

**Κατά το διάστημα από 6 ως 18 μήνες παρατηρήθηκε ότι :**

➔ Τα συναισθήματα του θυμού και της μνησικακίας παρέμεναν στο 100% του δείγματος,

➔ Σε δώδεκα οικογένειες κάποιο άτομο έχασε τη δουλειά του γιατί χρειάστηκε να φροντίσει το μέλος που έπεσε θύμα τροχαίου,

➔ Μέλη από δεκατέσσερις οικογένειες δήλωσαν ότι αύξησαν τη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων.

Η αστικοποίηση, μπορεί να προωθήσει θετικές ιδιότητες για την υγεία . Η ιατρική περίθαλψη για τους τραυματισμούς, μπορεί να είναι ευκολότερο να παρέχονται στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές. . Επομένως, οι οικογένειες που δεν μπορούν να μεταφερθούν στις πολεις λογο οικονομικων προβληματων δεν δυναται ν μπορεσουν ν προσφερουν περιθαλψη στα παιδιά τους. Οι γονείς λοιπόν, θα πρέπει να διαθέτουν το απαραίτητο σθένος για να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις μετά από ένα παιδικό ατύχημα, ειδικά εάν πρόκειται για ένα δυσάρεστο τραυματικό

γεγονός όπως ένα τροχαίο. Δεν θα πρέπει να καταρρέουν ψυχολογικά, εφόσον αυτό επηρεάζει άμεσα και την ψυχολογία του ίδιου του παιδιού . Το παιδί σε αυτή τη φάση χρειάζεται φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη, διότι μπορεί να εμφανίσει σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και προσαρμοστικής συμπεριφοράς, καθώς και υψηλότερα επίπεδα της μοναξιάς και δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών, καθώς και επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά.

#### **5.4.: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

Κάθε χρόνο, περίπου 830.000 παιδιά πεθαίνουν από ακούσια ή εκούσια ατυχήματα. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των τραυματισμών, συμβαίνουν σε χαμηλού εισοδήματος και μεσαίου εισοδήματος χώρες.

Έρευνα της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Θυμάτων Τροχαίων Ατυχημάτων (ΕΟΘΤΑ), στην οποία η χώρα μας συμμετείχε μέσω του Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων και του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, αναφέρει ότι οκτώ χώρες, ανάμεσα σε αυτές Ελλάδα, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Ιταλία, Λουξεμβούργο και Μ. Βρετανία, δεν υπάρχει καμία βοήθεια, ούτε κατάλληλη αποζημίωση για τα θύματα τροχαίων ατυχημάτων και για τις οικογένειές τους.

Οι τραυματισμοί, αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας στην παιδική ηλικία και την πρώιμη ενήλικη ζωή. Το τραύμα, αντιπροσωπεύει την μεγαλύτερη απώλεια πιθανών ετών ζωής και υπάρχουν επιβαρύνσεις για το έθνος με τεράστιο κόστος από την άποψη της ,τον ανθρώπινο πόνο, την αναπηρία, την απώλεια παραγωγικότητας, και τις ιατρικές εξετάσεις (Brent, 2003).

Το 1977, οι θάνατοι από ακούσιους τραυματισμούς αντιπροσώπευαν σχεδόν το ήμισυ όλων των θανάτων παιδιών ηλικίας 1-14 χρόνια. Μη θανατηφόρο ατύχημα με ακούσιους τραυματισμούς εκτιμάται ότι ξεπερνούν σε αριθμό θανάτων από 100 και άνω και συχνά οδηγούν σε μόνιμη αναπηρία. Η ανθρωποκτονία είναι ένα μεγάλο και αυξανόμενο φαινόμενο που κατατάσσεται και στα παιδιατρικά προβλήματα .

Μη θανατηφόρα φαινόμενα παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης, τείνουν να επηρεάζουν περισσότερα από 500.000 παιδιά ετησίως, με αποτέλεσμα την προοδευτική επιβάρυνση για τα θύματά του και την κοινωνία. Κάποια παραδείγματα

τραυματισμών που επισημαίνουν την επιβάρυνση στον οικονομικό τομέα, φαίνονται παρακάτω.

Πιο αναλυτικά, η δηλητηρίαση αναφέρεται σε έναν τραυματισμό που προκύπτει από την έκθεση σε ένα εξωγενή ουσία που προκαλεί κυτταρική βλάβη ή θάνατο. Λίγες μελέτες έχουν γίνει σχετικά με το κόστος των δηλητηριάσεων, ειδικά εκείνων που πλήττουν τα παιδιά ή εκείνους που συμβαίνουν σε χαμηλού εισοδήματος ή μεσαίου εισοδήματος χώρες (Anaruma, 2000).

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Νότια Αφρική, εκτιμάται ότι το άμεσο κόστος από μόνη της νοσοκομειακής περίθαλψης λόγω της παραφίνης δηλητηρίαση ήταν 1,4 εκατομμύρια τουλάχιστον US \$ ανά έτος . Το μέσο κόστος της θεραπείας ανά ασθενή ανήλθε σε US \$ 106,50 σε αστικές περιοχές Πρετόρια και περίπου US \$ 75,58 στο Cape Peninsula.

Στοιχεία από τις Ηνωμένες Πολιτείες επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της Νότιας Αφρικής για τις δηλητηριάσεις και τη διαχείρισή τους όπου, είναι δαπανηρή . Αριθμητικά στοιχεία από το 2000 δείχνουν ότι σε παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών υπήρχαν συνολικά 219 000 δηλητηριάσεις εκ των οποίων 141 ήταν θανατηφόρα και 14 000 είχε ως αποτέλεσμα την παραμονή στο νοσοκομείο. Το κόστος ζωής των δηλητηριάσεων σε παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας ήταν σχεδόν US \$ 400 εκατομμύρια με την ιατρική περίθαλψη που αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 9% των δαπανών.

Ο πνιγμός αναφέρεται ως ένα γεγονός στο οποίο οι αεραγωγοί ενός παιδιού είναι βυθισμένοι σε ένα υγρό μέσο, όπου αυτό δημιουργεί δυσκολία στην αναπνοή.

Παρά την έλλειψη ακριβών και συγκρίσιμων στοιχείων, οι διαθέσιμες εκτιμήσεις δείχνουν ότι τα μη θανατηφόρα πνιγμός μπορεί να έχει σοβαρές οικονομικές συνέπειες. Ειδικές μελέτες για το κόστος των εισαγωγών σε νοσοκομείο για τις μη θανατηφόρες πνιγμό στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν δείξει ότι ενώ οι περισσότερες περιπτώσεις μπορούν να απορρίπτονται την ίδια ημέρα ή μετά από την διαμονή μιας και μοναδικής νύχτας, ένα μικρό ποσοστό θα πρέπει να λαμβάνουν εντατική θεραπεία για πολύ μεγάλες περιόδους.

Για το λόγο αυτό, οι μέσες άμεσες δαπάνες που σχετίζονται με τη νοσηλεία έχουν αναφερθεί σε \$ ΗΠΑ 13 000 US \$ 14 000 ανά περίπτωση. Για τις περιπτώσεις

με σοβαρές μακροπρόθεσμες συνέπειες, όπως εγκεφαλική βλάβη, η θεραπεία κοστίζει μόνο μπορεί να υπερβαίνει τα \$ US 100 000.

Το τροχαίο ατύχημα, που ορίζεται ως θανατηφόρο ή μη θανατηφόρο τραυματισμό, προκύπτει ως αποτέλεσμα της συντριβής της οδικής κυκλοφορίας. Ο δρόμος είναι ένα επικίνδυνο μέρος για τα παιδιά και τους νέους. Για όλες τις ηλικιακές ομάδες, εκτός από την ηλικιακή ομάδα 15-19 ετών, τα ποσοστά θνησιμότητας οδικής κυκλοφορίας είναι μεγαλύτερη σε χαμηλού εισοδήματος και μεσαίου εισοδήματος χώρες από ό, τι στις χώρες υψηλού εισοδήματος (Rivara, McCarty, Shandro, Wang και Zatzick, 2014).

Η απώλεια ενός γονέα μπορεί να αφήσει ένα παιδί με μακροχρόνια ψυχολογικά προβλήματα, καθώς και μπορεί να οδηγήσει στην οικονομική εξαθλίωση. Οι συνολικές απώλειες που οφείλονται σε τραυματισμούς από τροχαία ατυχήματα εκτιμάται ότι θα είναι 518 δισεκατομμυρίων \$ ετησίως , με το ετήσιο κόστος των τροχαίων ατυχημάτων σε χαμηλού εισοδήματος και μεσαίου εισοδήματος χώρες εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ των ΗΠΑ \$ 65 δισεκατομμύρια και US \$ 100 δις.

Οι φτωχοί, οι οποίοι υπερεκπροσωπούνται στις στατιστικές όσον αφορά την συντριβή στην οδική κυκλοφορία, έχουν πληγεί περισσότερο από τις δαπάνες αυτές. Τα ευρήματα από την έρευνα στο Μπαγκλαντές και την Ινδία υποδηλώνουν ότι υπάρχει μια περαιτέρω μείωση στη φτώχεια όταν είναι φτωχοί τραυματίες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι πρόσθετοι πόροι που απαιτούνται για τη φροντίδα του τραυματία, που επιτυγχάνεται με τη λήψη για επιπλέον εργασία, την πώληση περιουσιακών στοιχείων ή την ανάληψη περαιτέρω δάνεια (Ανδρούτσος, 2000).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

#### **6.1. : Σκοπός της πτυχιακής εργασίας**

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας, είναι η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και γονέων αλλά και όλων όσων περιβάλλονται ή και φροντίζουν παιδιά, για τα παιδικά ατυχήματα, σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν γίνει, καθώς η επίτευξη της αναγνώρισης της σημαντικότητας της πρόληψης αυτών. Θα πρέπει ο κάθε γονέας να γνωρίζει τους αιτιολογικούς παράγοντες οι οποίοι ευθύνονται για τα παιδικά ατυχήματα, να είναι ικανός να απαριθμεί τα είδη των ατυχημάτων και να μπορεί να κατανοήσει και να εξηγήσει τον όρο «ατύχημα».

Επιμέρους στόχοι της έρευνας :

- Αναζήτηση κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση των παιδικών ατυχημάτων, κυρίως μέσα από την ελληνική βιβλιογραφία.
- Αναζήτηση προγραμμάτων και δομών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων.
- Η παρατροπή να υλοποιηθούν τα σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών.
- Συνοπτική περιγραφή των κύριων σημείων των ερευνητικών εργασιών που σχετίζονται με το θέμα της μελέτης με τη χρήση πινάκων.

#### **6.2. Μεθοδολογία αναζήτησης/ανασκόπησης βιβλιογραφικών πηγών**

Για την παρούσα μελέτη διεξήχθη εκτεταμένη αναζήτηση στην ελληνική νοσηλευτική βιβλιογραφία ακολουθώντας βασικές αρχές αναζήτησης (Καρασσά, 2006, Πατελάρου & Μπροκαλάκη, 2010) και συγκεκριμένα:

- στα περιοδικά "Βήμα του Ασκληπιού", "Health Science Journal", και "Νοσηλευτική", το χρονικό διάστημα της τελευταίας πενταετίας (2000-2016),
- στη ηλεκτρονική βάση Medline με Έλληνες συγγραφείς ή ελληνικό δείγμα πληθυσμού,

- σε διαθέσιμα ελληνικά νοσηλευτικά βιβλία της παιδιατρικής νοσηλευτικής της τελευταίας δεκαετίας, καθώς και

- στην ηλεκτρονική βάση Medline PubMed, Google Scholar, Scopus, Iatronet, Esne και Enne για επιλεγμένα σχετικά άρθρα, εφόσον η αναζήτηση στις προηγούμενες πηγές δεν καλύπτει σε ικανοποιητικό βαθμό όλους τους στόχους της συγκεκριμένης μελέτης.

Η ηλεκτρονική αναζήτηση περιλάμβανε κυρίως τους ακόλουθους όρους:

- στην ελληνική γλώσσα συνδυασμούς των παρακάτω λέξεων: "παιδικά ατυχήματα", "πρόληψη παιδικών ατυχημάτων", "αντιμετώπιση παιδικών ατυχημάτων", "παιδικά ατυχήματα στο σχολείο", "σχολικοί νοσηλευτές η αντιμετώπιση και η πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων" και "παιδικά ατυχήματα στο δρόμο".

- στην αγγλική γλώσσα συνδυασμούς των παρακάτω λημμάτων: "Children's accidents", "prevent accidents involving children," "addressing accidents involving children", "children's accidents at school", "school nurses the treatment and prevention of accidents for children", "children's accidents on the road", "programs to educate parents και educational and awareness for children's accidents.

Η παραπάνω αναζήτηση έγινε και ολοκληρώθηκε το πρώτο δεκαήμερο του Οκτωβρίου 2015.

### **6.3.: Επιπλέον κριτήρια επιλογής άρθρων.**

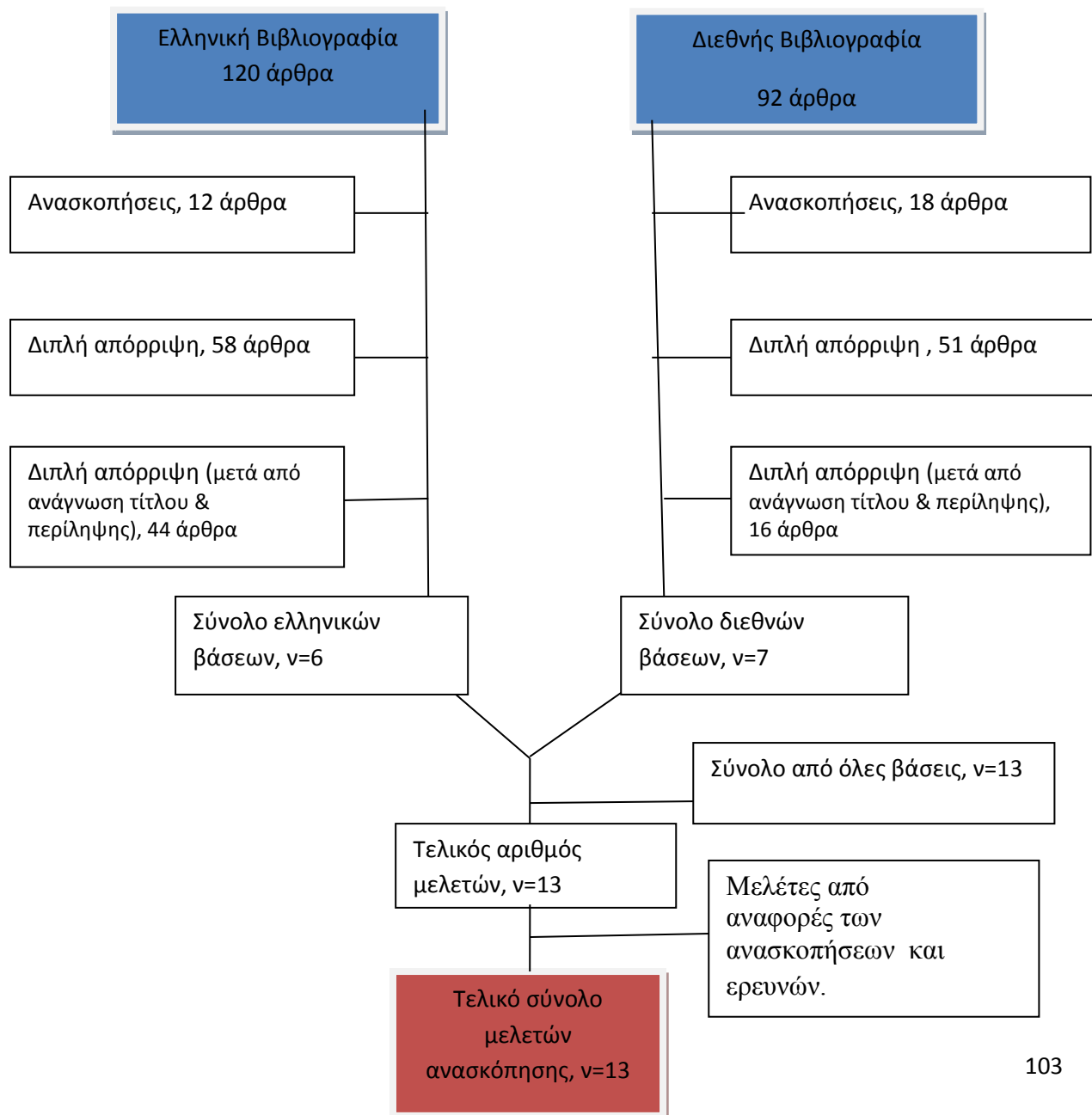
Αμέσως μετά τη συλλογή της σχετικής βιβλιογραφίας ακολούθησε η αξιολόγησή της, βάσει των σκοπών της πτυχιακής εργασίας. Η ολοκληρωμένη αποτίμηση ωστόσο της σχετιζόμενης ευρεθείσας βιβλιογραφίας κατέδειξε και τον αριθμητικό περιορισμό της, καθώς ελάχιστες εργασίες βρέθηκαν σχετικά με τη πρόληψη και την αντιμετώπιση των παιδικών ατυχημάτων. Έτσι κατά την ανάγνωση τίτλων, περιλήψεων ή και ολόκληρων των πρωτότυπων ερευνητικών ή ανασκοπικών εργασιών, ακολουθήθηκε μια λιγότερο αυστηρή επιλογή τους. Αποφασίστηκε λοιπόν να ενταχθούν άρθρα και μελέτες που σχετίζονται με τους όρους αναζήτησης, αλλά δεν αφορούν από κοινού τη πρόληψη και την αντιμετώπιση των παιδικών ατυχημάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 7.1.: Αποτελέσματα αναζήτησης

Το αποτέλεσμα της ανασκόπησης σε ελληνικά και διεθνή επιστημονικά περιοδικά για την καταγραφή της πρόληψης και της αντιμετώπισης των παιδικών ατυχημάτων, παρουσιάζεται στο **Σχήμα 1**. Από την ελληνική βιβλιογραφία εντοπίστηκαν 120 άρθρα, περιλήψεις ή εργασίες αναφοράς εκ' των οποίων οι 6 πληρούσαν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της αναζήτησης. Παράλληλα, από τη διεθνή βάση Scopus και τα κοινά λήμματα αναζήτησης, βρέθηκαν 92 εργασίες.

**Σχήμα 1.** Διάγραμμα ροής συστηματικής ανασκόπησης.



Οι εργασίες αυτές βρέθηκαν μετά από τη χρήση ζευγών λημμάτων (ανά δύο ή τρεις), ενώ σημειώνεται ότι στη χρήση τριών ή και περισσότερων λημμάτων δεν βρέθηκαν εργασίες. Από τις 92 οι 18 αφορούσαν ανασκοπήσεις, ενώ τελικά μετά από κοινή συμφωνία των ερευνητριών της παρούσας εργασίας, έγιναν αποδεκτές 7. Συνολικά λοιπόν, βρέθηκαν 7 εργασίες να πληρούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της αναζήτησης και παράλληλα να σχετίζονται εν μέρει με την πρόληψη και αντιμετώπιση των παιδικών ατυχημάτων.

## **7.2. : Ταξινόμηση των πηγών σε σχέση με το θέμα, το συγγραφέα και το Περιοδικό**

Η ταξινόμηση των 13 μελετών που βρέθηκαν με βάση το θέμα τους, δίνεται στον **πίνακα 1**. Το κύριο χαρακτηριστικό τους όπως αναμένεται είναι η διερεύνηση ή η θεματική ανάπτυξη του σημαντικού ζητήματος της πρόληψης και της αντιμετώπισης των παιδικών ατυχημάτων. Στην περίπτωση αυτή λόγω της ποικιλομορφίας και του μεγάλου όγκου των ατυχημάτων που συμβαίνουν στα παιδιά, διαπιστώνεται ότι γίνεται αναφορά στους τίτλους τους γενικά σε παιδικά ατυχήματα, ή σε ειδικά ατυχήματα, όπως έγκλημα ή τροχαία.

**Πίνακας 1. Ταξινόμηση μελετών σύμφωνα με το θέμα :**

<b>Aa</b>	<b>Θέματα Μελέτης (άρθρα ή ανασκοπήσεις)</b>
<b>Ελληνικά</b>	
<b>1</b>	Η επιδημιολογία των σχολικών ατυχημάτων: Συμπεράσματα από έρευνα σε σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
<b>2</b>	Παιδικά ατυχήματα στο σπίτι και το σχολείο.
<b>3</b>	Ατυχήματα και δηλητηριάσεις στους βρεφονηπιακούς σταθμούς στο νομό της Αττικής.
<b>4</b>	Καταγραφεί συχνότητας ατυχημάτων σε παιδιά σε τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου.



5	Επιδημιολογία των ατυχημάτων των παιδιών σε ηλικία 5-14 ετών, στο νομό Κιλκίς κατά την πενταετία 2001-2005.
6	Η διασφάλιση της υγείας και προστασίας των μαθητών στις αθλητικές εγκαταστάσεις του σχολικού περιβάλλοντος
<b>Διεθνή</b>	
1	Childhood unintentional injuries: Supervision and first aid provided
2	World report on child prevention
3	Child safety in cars
4	European report on child injury prevention
5	Identifying facilitators and barriers for home injury prevention interventions for pre-school children: a systematic review of the quantitative literature
6	Social deprivation and the prevention of unintentional injury in childhood: a systematic review
7	Behavioral and social sciences theories and models : are they in unintentional injury prevention research?

**Πίνακας 2. Ταξινόμηση σύμφωνα με το συγγραφέα/είδος εργασίας :**

Συγγραφείς	Είδος Εργασίας
Αντωνιάδης, Πολυζώη, Μακρογκίκα, Διονυσοπούλου,	Κλινική εργασία έρευνα

Σιδηροπούλου, Τσαούλα, Ζέρβα, 2011	
Γαλεράκη, Περισυνάκη και Τριανταφύλλου, 2010	Έρευνα
Γεωργιακόδης και Βοζίκης, 2004	Περίληψη συνεδρίου, έρευνα
Οικονόμου και Μαρουλάκης, 2010	Έρευνα
Τσελέπη, 2008	Έρευνα
Κάραρη, 2006	Προοπτική έρευνα
Sethi, Towner, Vincenten, Segui- Gomez, Racioppi, 2008	Ανασκόπηση
Anund, Falkmer, Forsman, Gustafsson, Matstoms, Sorensen, Turbell, Wenall, 2013	Ανασκόπηση
Peden, Oyegbite, Ozanne-Smith, Hyder, Branche , Rahman, Rivara, Bartolomeos, 2008	Ανασκόπηση
Jonkhejm, Zuidgeest, van Dijk, van As, 2015	Έρευνα
Ingram, Deave, Towner, Errington G., Kay, Kendrick, 2012	Ανασκόπηση
Dowswell, Towner, 2002	Ανασκόπηση
Trifiletti, Gielen, Sleet, Hopkins, 2005	Ανασκόπηση

Από τις 13 εργασίες, οι 6 στα αρχεία της ελληνικής ιατρικής, μία στα «National Center for Injury Prevention and Control», «Clinical Pediatrics», «Stanford children's health» και «Insurance Institute for Highway Safety Highway Loss Data Institute» (πίνακας 3).

ΠΗΓΗ	ΠΛΗΘΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ
Αρχεία της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας	6	Scopus
National Center for Injury Prevention and Control	2	Medline
Stanford children's health	3	PubMed
Insurance Institute for Highway Safety Highway Loss Data Institute	1	Google Scholar
Clinical Pediatrics	1	Iatronet

### 7.3 Σύνοψη και καταγραφή χαρακτηριστικών κάθε εργασίας :

Η συνοπτική αναφορά-περιγραφή για κάθε μελέτη ή πηγή που αναζητήθηκε και περιλήφθηκε στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση, παρουσιάζεται στους πίνακες 4-6. Στον **πίνακα 4**, περιλαμβάνονται 6 εργασίες που δεν ήταν γνήσιες έρευνες αλλά ανασκόπηση, αξιολόγηση των παιδικών ατυχημάτων, αντιμετώπιση των παιδικών ατυχημάτων και η πρόληψη αυτών.

**Πίνακας 4.** Σύνοψη εργασιών συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης και αφορούν εργασίες που δεν ήταν έρευνες (ανασκόπηση, κατευθυντήριες οδηγίες κ.α.).

Συγγραφείς	Χαρακτηριστικά μελέτης: σκοποί, είδη παιδικών ατυχημάτων, μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης, κλπ..
Peden M., Oyegbite K., Ozanne-Smith J., Hyder A.A., Branche C., Rahman F., Rivara F., Bartolomeos K.	Παρουσίαση, διάφορων περιστατικών σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, τα αίτια και οι συνέπειες αυτών των ατυχημάτων. Παράθεση των επιδημιολογικών στοιχείων και γεγονότων σε μια παγκόσμια έκθεση για την πρόληψη των τραυματισμών των παιδιών, ως συμπλήρωμα της μελέτης του Γενικού Γραμματέα του ΟΗΕ 2006. Σκοπός είναι η πρόληψη και η απαλοιφή όλων των ατυχημάτων εκούσιων και ακούσιων.
Anund A., Falkmer T., Forsman A., Gustafsson S., Matstoms Y., Sorensen G., Turbell T., Wenall J.	Βιβλιογραφική ανασκόπηση: στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Σουηδία, με σκοπό να εξεταστεί η οδική συμπεριφορά των παιδιών (12 ετών) . Σημειώθηκαν υψηλά επίπεδα ατυχημάτων (90-95%) και στις δύο χώρες. Σκοπός είναι η επαγρύπνηση για να υπάρξει η αναγκαία πρόληψη αυτών.
Sethi D., Towner E., Vincenten J., Segui-Gomez M., Racioppi F.	Τονίζονται τα υψηλά ποσοστά αναπηρίας σε ηλικίες 0-19 ετών και θανάτου σε ηλικίες 5-19 ετών. Σκοπός είναι η επαγρύπνηση του κοινού αλλά κυρίως των πολιτικών φορέων, καλώντας τους να προσφέρουν κατάλληλες δομές και συνθήκες διαβίωσης για τα παιδιά.
Ingram	Υπογραμμίζεται, η αύξηση των τραυματισμών σε

<p>J.C., Deave T., Towner E., Errington G., Kay B., Kendrick D.</p>	<p>παιδιά της προσχολικής ηλικίας, λόγω έλλειψης προσοχής από του κηδεμόνες. Αναγκαία χρήζει η εκπαίδευση των κηδεμόνων, ώστε να προληφθούν τα ατυχήματα. Οι συγγραφείς αναγνωρίζουν ότι υπάρχουν πολιτικό-οικονομικό-κοινωνικό προβλήματα που εμποδίζουν την εκπαίδευση των κηδεμόνων , παρόλα αυτά πρέπει να γίνει μια προσπάθεια.</p>
<p>Dowswell T., Towner E.</p>	<p>Συστηματική ανασκόπηση από 1975 μέχρι το 2000 με σκοπό την αναζήτηση των αιτιών και των συνεπειών των ατυχημάτων. Χρησιμοποιήθηκαν, 155 μαθητές διαφορετικών κοινωνικών ομάδων, με σκοπό την έρευνα αυτών των στοιχείων για την ανασκόπηση, αναζητώντας ως αποτέλεσμα την πρόληψη των ατυχημάτων.</p>
<p>Trifiletti L.B., Gielen A.C., Sleet D.A., Hopkins K.</p>	<p>Σύγκριση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας, από το 1980 μέχρι το 2001, με τις κοινωνικές πολιτικές που εφαρμόζονται. Διαπιστώθηκε, ότι σημαντικές θεωρίες τις δημοσιευμένης θεωρίας δεν έχουν εφαρμοστεί και προτείνουν να γίνουν περαιτέρω έρευνες με σκοπό να βρεθούν νέα μέτρα και πρακτικές με σκοπό να προληφθούν τα ατυχήματα.</p>

Στον **πίνακα 5** δίνεται η σύνοψη επτά εργασιών της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης που ήταν ερευνητικές εργασίες (κλινικές κ.α.) δημοσιευμένες σε ελληνικά περιοδικά.

Μελέτη	Θεματική Ενότητα Έρευνας – Στόχος	Είδος μελέτης	Πεδίο έρευνας	Χρόνος	Δείγμα μελέτης	Ερευνητικά Εργαλεία	Έκβαση	Συμπέρασμα
Οικονόμου & Μαρουλάκης, 2010	Αξιολόγηση παιδικών ατυχημάτων στο σπίτι και στο σχολείο, πρόληψη των αιτιών τους και αντιμετώπιση των ατυχημάτων.	Προοπτική βάσει ανοικτού πρωτοκόλλου με δεδομένα αυτοαναφοράς ενός χρόνου.	Αθήνα	2006-2007	Ομάδα μαθητών >12 ετών	Ερωτηματολόγιο Ερευνητών	Τα αγόρια είναι πιο επιρρεπή σε ατυχήματα απ'ότι τα κορίτσια και ο μείζων παράγοντας είναι η πτώση από ύψος. Συμβαίνουν κυρίως στο προαύλιο του σχολείου την ώρα του έγκαιρη πρόληψη και διαλλείματος με την παρουσία εποπτεύοντος καθηγητή. Συνήθης είναι οι ελαφριές κακώσεις στα άκρα ως αποτέλεσμα βέβαια πρόκλησης καταγμάτων.	Τα σχολικά ατυχήματα αναδείκνυκαν ως ένα τρέχον ζήτημα. Σημειώνεται η ανάγκη για την συστηματική καταγραφή αυτών, με σκοπό την αντιμετώπισή τους, είτε σε θέματα κτιριολογικών θεμάτων είτε σε προγράμματα αγωγής.
Γαλεράκη, Περισυνάκη & Τριανταφύλλο	Η καταγραφή του είδους παιδικών ατυχημάτων που επισκέπτονται το τμήμα επειγόντων περιστατικών ενός	Κλινική προοπτική (90 ημερών)	Κρήτη	2009	100 >14 ετών	Ερωτηματολόγιο, κάρτα καταγραφής (check list),(Wadsworth	Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν αγόρια όπου το 40% ήταν από 0-5 ετών. Το πιο σύνηθες είδος ήταν	Τα πιο δημοφιλή περιστατικά αφορούν πτώσεις και τροχαία ατυχήματα, οι πιο ευάλωτες ομάδες

υ, 2010	Τριτοβάθμιου Γενικού Νοσοκομείου και η συσχέτισή τους με την ηλικία, το φύλο, την ώρα, τον τόπο του συμβάντος.					1983, Manciaux; 1985, Manciaux; Romer 1991, ΚΕΠΑ 2007).	οι ορθοπεδικές κακώσεις με ποσοστό 40%, τα κυρίαρχα αίτια οι πτώσεις και ο τόπος του συμβάντος το σπίτι με τις απογευματινές ώρες να υπερτερούν. Αισθητή είναι η διαφορά της μη παρουσίας κάποιου ενήλικα στον χώρο του ατυχήματος με ποσοστό 57% σε σχέση με το 26% με παρουσία γονέα και με μικρότερα ποσοστά η παρουσία γιαγιάδων , δασκάλων κτλ.	κυμαίνονται από 0-5 ετών, το ποσοστό των αγοριών υπερτερεί έναντι των κοριτσιών, το σπίτι είναι ο χώρος με τα περισσότερα ατυχήματα και οι απογευματινές ώρες ήταν οι πιο σύνηθες. Τα περισσότερα συνέβησαν χωρίς την επίβλεψη κάποιου ενήλικα με 57% και τέλος κυρίαρχο ρόλο με ποσοστό 53% καταλαμβάνει το γεγονός της μη ενημέρωσης, ενώ με ποσοστό 15% η ενημέρωση από γιατρό
---------	--	--	--	--	--	---	--	---

Jonkheijm, Hendrijntje Zuidgeest, Monique & Àrjan, 2015	Η αξιολόγηση των περιστάσεων σε ακούσιους τραυματισμούς των παιδιών, καθώς και η καταλληλότητα των πρώτων βοηθειών από τους φροντιστές.	Προοπτική μελέτη (3 μηνών)	Νότια Αφρική (Cape Town)	2015	Ομάδα παιδιών ηλικίας 0-12 ετών	Ερωτηματολόγιο ερευνητών τριών φάσεων με SPSS	Τα περισσότερα ατυχήματα συνέβησαν σε παιδιά ως 4 ετών. Υψηλό ποσοστό είχαν τα ατυχήματα από πτώσεις με 39,6%, ακολουθούν τα εγκαύματα με 23,9% και τα ατυχήματα με μηχανή με 10,5%. Σε ποσοστό 43,1% παρέχονταν άμεσα οι πρώτες βοήθειες.	Η έλλειψη της κατάλληλης εποπτείας αυξάνει τον κίνδυνο ακούσιων τραυματισμών στα παιδιά. Η εκπαίδευση της πρόληψης τόσο των γονέων όσο και των παιδιών, αλλά και η εκμάθηση πρώτων βοηθειών και η ποιοτική παροχή τους, αποτελούν ασπίδα για την προστασία των παιδιών.
---	---	----------------------------	--------------------------	------	---------------------------------	---	--	---



Κάραρη, 2006	Διαπίστωση νοσολογικού φάσματος, και περαιτέρω προληπτικές ενέργειες από αρμόδιους	Προπτική κλινική ενός έτους	Κιλκίς	2006	1000 παιδιά >14 ετών	Ερωτηματολόγιο με αξιολόγηση υπολογιστή SPSS	Παρατηρήθηκε, ότι από το 2001-2005, τα πρώτα έτη σημειώθηκαν πολλά παιδικά ατυχήματα από ότι τα επόμενα έτη. Επίσης, υπάρχει αύξηση των ατυχημάτων στα αγόρια, ακόμη και στις απογευματινές ώρες. Τέλος, σημειώνεται αύξηση αυτών την άνοιξη.	Τα περισσότερα ατυχήματα σημειώθηκαν το 2002, με τα αγόρια να προηγούνται στο ποσοστό. Τα παιδιά που είναι από 9 ετών και πάνω είναι πιο ευάλωτα στα ατυχήματα, κυρίως τις απογευματινές ώρες και ιδιαίτερα την άνοιξη. Τέλος το συχνότερο παιδικό ατύχημα είναι η κάκωση (68,4%) και ακολουθεί το διάστρεμμα (11,9%).
Γεωργιακώδης & Βοζίκης, 2004	Αξιολόγηση σχολικών ατυχημάτων	Προοπτική βάσει ανοικτού πρωτοκόλλου, με δεδομένα αυτοαναφοράς (5 μηνών)	Αθήνα	2004	4506 μαθητές >20 ετών	Ερωτηματολόγιο	Από τα 123 ατυχήματα τα 77 συνέβησαν στα αγόρια και τα 46 στα κορίτσια. Τα περισσότερα ατυχήματα ήρθαν μετά από πτώση στη τάξη 24,39% ή στο χώρο του σχολείου στα	Τα περισσότερα ατυχήματα συνέβησαν στο χώρο του σχολείου, ιδιαίτερα, κατά τη διάρκεια της άσκησης. Συχνά, τα ατυχήματα συνέβαιναν στη διαδρομή από το σπίτι μέχρι το

							διαλλείματα 60,16%. Σε ποσοστό 86,99% τα ατυχήματα συνέβησαν με τη παρουσία ενός ενήλικα.	σχολείο. Η καταγραφή των ατυχημάτων επιτεύχθηκε με απόλυτη επιτυχία, αυτών που συνέβησαν στη διαδρομή προς το σχολείο και αυτά που έγιναν μέσα στο σχολείο. Τέλος, παρατηρείται ότι η πληθώρα των ατυχημάτων συμβαίνουν με τη παρουσία των εκπαιδευτικών.
Αντωνιάδης, Πολυζώη, Μακρογκίκα, Διονυσοπούλου, Σιδηροπούλου, Τσαούλα, Ζέρβα, 2011	Διερεύνηση παιδικών ατυχημάτων στους βρεφονηπιακούς σταθμούς	Προοπτική βάσει ανοικτού πρωτοκόλλου (15 μηνών)	Αττική	2011	11.124 παιδιά	Ερωτηματολόγιο με αξιολόγηση υπολογιστή SPSS	Σε ποσοστό 46% οι σταθμοί στεγάζονταν σε κτίρια για αυτό τον σκοπό. Στο 18% των παιδιών που φοιτούσαν στους 180 σταθμούς συνέβησαν διάφορα ατυχήματα, με τα αγόρια να υπερτερούν από τα κορίτσια (79%). Σε 86%	Τα ατυχήματα στους βρεφονηπιακούς σταθμούς αν και δεν είναι λίγα, αφορούν μικρής σε ένταση βλάβες. Όσο αυξάνεται η προσοχή του προσωπικού και η βελτίωση των υποδομών χωρίς πιθανούς κινδύνους, τόσο οι

							υπήρχαν ελλείψεις κίνδυνοι για τα παιδιά θα εκπαιδευμένου εξαλείφονται. προσωπικού. Στο 83% σταθμών παρατηρήθηκε τραυματισμός μαλακών μορίων της κεφαλής. Ο κύριος χώρος των συμβάντων ήταν στο εσωτερικό της τάξης, το 30% στην αυλή κτλ.	
Τσελέπης,2008	Καταγραφή αθλητικών εγκαταστάσεων σε σχολικές δομές για την ασφάλεια των παιδιών.	Συγχρονική έρευνα	Κιλκίς	2007	Δύο γυμνάσια και ένα λύκειο,13-18 ετών	Καταγραφή δομών και ατυχημάτων	Η κύρια αιτία πρόκλησης ατυχημάτων στο σχολικό περιβάλλον είναι οι πτώση από ύψος (66,67%). Τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν κατά την διάρκεια των διαλλειμάτων (60,16 %), όπου στο μάθημα Φυσικής Αγωγής, το ποσοστό ανέρχεται στο 10,57%.Και στις δύο	Παρατηρήθηκε ότι στις σχολικές δομές δεν υπάρχει η απαραίτητη εκμετάλλευση του χώρου, με σκοπό την αποσυμπίεση του αθλητικού χώρου, με αποτέλεσμα τη μείωση των ατυχημάτων. Επίσης, καταγράφηκε ότι πρέπει να τηρηθούν ακριβώς οι αποστάσεις στις αθλητικές εγκαταστάσεις

							περιπτώσεις συμβαίνουν για την αποφυγή των εκδορές σε ποσοστό ατυχημάτων, πράγμα που 21,14%. δεν συνέβαινε μέχρι τώρα.
--	--	--	--	--	--	--	--

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

#### 8.1. : Συζήτηση

Η περιγραφή των αποτελεσμάτων της παρούσας ανασκόπησης με μορφή που προσεγγίζει περισσότερο την αφηγητική ανασκόπηση, οφείλεται, πρώτον, στη σημαντικότητα του θέματος, στον περιορισμένο αριθμό εργασιών που βρέθηκαν κατά την ανασκόπηση και τέλος στη μη ανεύρεση ποσοτικοποιημένων αποτελεσμάτων από τις 13 εργασίες, που να επιτρέπουν οποιαδήποτε μορφή μετά-ανάλυσης. Όλες οι εργασίες είναι έγκυρες (επιστημονικά), με ασφαλείς μεθόδους, χωρίς περιορισμό στην αξιοπιστία, οδηγεί σε αποδεκτά τεκμηριωμένα αποτελέσματα και συμπεράσματα.

Επιδημιολογικά ,τα παιδικά ατυχήματα έχουν υψηλό ποσοστό στην Ελλάδα, σημειώνοντας επίσης, υψηλά ποσοστά, στις αναπηρίες και στους θανάτους, εξαιτίας των παιδικών ατυχημάτων , γεγονός που τα καθιστά ως σημαντικό ζήτημα στο τομέα περίθαλψης. Όπως αναφέρθηκε, εκτενώς, στο πρώτο μέρος της παρούσας ανασκόπησης τόσο ο αυξημένος αριθμός των παιδικών ατυχημάτων όσο και τα αυξημένα ποσοστά τραυματιών, θανάτων και αναπήρων, δείχνουν την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα να υπάρξει αντιμετώπιση και μείωση των παιδικών ατυχημάτων (Jonkheijm, Hendrijntje Zuidgeest, Monique & Arjan, 2015). Υπολογίζεται ότι το 50% των ατυχημάτων, είναι τα τροχαία ατυχήματα, το 35% είναι ατυχήματα που συνέβησαν μέσα στο σπίτι και το 15% είναι ατυχήματα που συνέβησαν έξω από το σπίτι (Γαλεράκη, Περισυνάκη & Τριανταφύλλου, 2010).

Σε διεθνές επίπεδο, οι ποικίλες διεθνείς εργασίες που βρέθηκαν, πιστοποιούν ότι τα επίπεδα ατυχημάτων έχουν διακυμάνσεις μεταξύ χωρών και περιοχών του κόσμου, ενώ διαπιστώνεται η μείωση του ποσοστού των ατυχημάτων σε δυτικές χώρες της Ευρώπης (όχι όλες), ενώ παρατηρείται αυξημένο ποσοστό σε χώρες με χαμηλό οικονομικό – κοινωνικό επίπεδο, καθώς αυτές οι χώρες δεν έχουν τις κατάλληλες δομές ώστε να προλάβουν και να αντιμετωπίσουν τα παιδικά ατυχήματα (Anund, 2013). Παρ' όλα αυτά, παρατηρείται ότι ο αριθμός μελετών για τα παιδικά

ατυχήματα όλο και αυξάνεται, με αποτέλεσμα να προτείνονται όλα και περισσότερα μέτρα και λύσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση των ατυχημάτων, τόσο σε διεθνή επίπεδο, όσο και σε ελληνικό επίπεδο.

### **Διεθνής Εμπειρία**

Διαπιστώνεται, ότι και η διεθνής και η ελληνική βιβλιογραφία έχει προχωρήσει με διάφορους τρόπους, για τη εξάλειψη των παιδικών ατυχημάτων, μέσα από τη πρόληψη τους και την σωστή αντιμετώπισή τους όταν συμβαίνουν. Ένα σχετικό παράδειγμα αποτελούν οι Anund και οι συνεργάτες τις , με σχετική ανασκόπηση όπου πραγματοποιήθηκε με βιβλιογραφική αναζήτηση στη Σουηδική και Αγγλική βιβλιογραφία, το 2003 , σε περίπου 100-110 επιστημονικές πηγές, σχολιάστηκαν και αναγράφηκαν τα παιδικά ατυχήματα. Μέσα από αυτή την βιβλιογραφική ανασκόπηση, παρουσιάζονται όλα τα είδη των παιδικών ατυχημάτων, καθώς και τα ποσοστά αυτών. Μάλιστα αναφέρεται, ότι στη Σουηδία σημειώνεται το υψηλό ποσοστό του 90% στα παιδικά ατυχήματα, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο, αναγράφονται ακόμα υψηλότερα ποσοστά ατυχημάτων κοντά στο 95%. Επίσης, τονίζει ότι σε διάφορες χώρες, όπως την Αυστραλία, τη Σουηδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Νέα Υόρκη, Φλόριντα, Μίσιγκαν και Καλιφόρνια) για τα επίπεδα των παιδικών ατυχημάτων καθώς και τα είδη τους, υπογραμμίζοντας τις διαφορές ανάμεσα στις πόλεις και στις χώρες.

Συμπερασματικά, κάνουν λόγο για τις διαφορετικές ανάγκες που έχουν τα παιδιά ανάλογα την ηλικία τους, για να μείνουν ασφαλείς. Από την άλλη μεριά, υποστηρίζουν οι συγγραφείς , ότι τα παιδιά δεν πρέπει να χάνουν την παιδικότητά τους και την ελευθερία τους, περιορίζοντάς τα, ώστε να αποφευχθεί οποιοδήποτε ατύχημα. Τονίζεται, ότι πρέπει να σεβόμαστε πάνω από όλα τα παιδιά και την μοναδικότητά τους, και να μην υπάρχει υπερβολή στη φροντίδα τους, στερώντας τους έτσι κάθε παιδικότητα.

Επίσης, οι Jonkheijm, Hendrijntje, Zuidgeest, Monique & Àrjan, αξιολογούν τους ακούσιους τραυματισμούς των παιδιών, καθώς και η καταλληλότητα των πρώτων βοηθειών από τους φροντιστές. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τη προοπτική έρευνα που πραγματοποίησαν το 2015 στη Νότια Αφρική , έχοντας ως δείγμα τις έρευνας παιδιά από 0-12 ετών. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι λανθασμένη εποπτεία προς τα παιδιά είναι εκείνοι που μπορεί να

οδηγήσει σε ένα ακούσιο ατύχημα. Όπου έρχονται σε αντίθεση με τους παραπάνω συγγραφείς, όπου καλούν τους κηδεμόνες να μην περιορίζουν τα παιδιά. Έπειτα, κάνουν λόγο, για την κατάλληλη εκπαίδευση των γονέων και των κηδεμόνων, ώστε να είναι ικανοί να προλάβουν κάθε μορφής ατύχημα ή τουλάχιστον να μειώσουν τις πιθανότητες ατυχήματος. Καθώς επίσης, κρίνουν σημαντικό γεγονός, την εκμάθηση πρώτων βοηθειών στους κηδεμόνες, με αποτέλεσμα σε περίπτωση ατυχήματος να είναι ικανοί να προσφέρουν ποιοτική φροντίδα στα παιδιά τους. Την έρευνα αυτή την πραγματοποίησαν με ερωτηματολόγια τριών φάσεων SPSS.

### **Ελληνική Εμπειρία**

Σημαντικό ερευνητικό υλικό έχει καταγραφεί επίσης, στην ελληνική βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια. Σχετικό παράδειγμα, ως προς την ελληνική, αποτελούν Γαλεράκη, Περισυνάκη & Τριανταφύλλου, με την κλινική προοπτική (90 ημερών), που έγινε στη Κρήτη, το 2009, σε 100 παιδιά >14 ετών, αναφερόμενη στα παιδικά ατυχήματα. Χρησιμοποίησαν, ερωτηματολόγιο, κάρτα καταγραφής, για να καταγράψουν τα ατυχήματα, τα αίτια αυτών, καθώς και αν συνέβησαν παρουσία γονέα ή όχι. Τα αποτελέσματα που βρήκαν ήταν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν αγόρια όπου το 40% ήταν από 0-5 ετών. Το πιο σύνηθες είδος ήταν οι ορθοπεδικές κακώσεις με ποσοστό 40%, τα κυρίαρχα αίτια οι πτώσεις και ο τόπος του συμβάντος το σπίτι με τις απογευματινές ώρες να υπερτερούν. Αισθητή είναι η διαφορά της μη παρουσίας κάποιου ενήλικα στον χώρο του ατυχήματος με ποσοστό 57% σε σχέση με το 26% με παρουσία γονέα και με μικρότερα ποσοστά η παρουσία γιαγιάδων, δασκάλων κτλ..

Συμπερασματικά, τα πιο δημοφιλή περιστατικά αφορούν πτώσεις και τροχαία ατυχήματα, οι πιο ευάλωτες ομάδες κυμαίνονται από 0-5 ετών, το ποσοστό των αγοριών υπερτερεί έναντι των κοριτσιών, το σπίτι είναι ο χώρος με τα περισσότερα ατυχήματα και οι απογευματινές ώρες ήταν οι πιο σύνηθες. Καταλήγοντας, καταλήγουν στο ότι τα περισσότερα συνέβησαν χωρίς την επίβλεψη κάποιου ενήλικα με 57% και τέλος κυρίαρχο ρόλο με ποσοστό 53% καταλαμβάνει το γεγονός της μη ενημέρωσης, ενώ με ποσοστό 15% η ενημέρωση από γιατρό.

Ακόμη μια σημαντική μελέτη, αποτελεί των Αντωνιάδης, Πολυζώη, Μακρογκίκα, Διονυσοπούλου, Σιδηροπούλου, Τσαούλα, Ζέρβα, που αναφέρεται στα παιδικά ατυχήματα ως προς την διερεύνηση παιδικών ατυχημάτων στους

βρεφονηπιακούς σταθμούς, του Αντωνιάδη και των συνεργατών του. Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Αττική, με προοπτική μελέτη βάση ανοιχτού πρωτοκόλλου που διήρκεσε 15 μήνες. Σαν δείγμα χρησιμοποιήθηκαν 11.124 παιδιά. Η παρούσα μελέτη αναφέρεται και εξειδικεύεται κυρίως στους βρεφονηπιακούς σταθμούς, σχετικά με τα ποσοστά των ατυχημάτων και στις πράξεις που πρέπει να συμβούν ώστε να αποφευχθούν τα ατυχήματα. Σε ποσοστό 46% οι σταθμοί στεγάζονταν σε κτίρια για αυτό τον σκοπό. Στο 18% των παιδιών που φοιτούσαν στους 180 σταθμούς συνέβησαν διάφορα ατυχήματα, με τα αγόρια να υπερτερούν από τα κορίτσια (79%). Σε 86% υπήρχαν ελλείψεις εκπαιδευμένου προσωπικού. Στο 83% σταθμών παρατηρήθηκε τραυματισμός μαλακών μορίων της κεφαλής. Ο κύριος χώρος των συμβάντων ήταν στο εσωτερικό της τάξης, το 30% στην αυλή κτλ.

Συμπερασματικά, οι συγγραφείς οδηγούνται στο συμπέρασμα, ότι για την αποφυγή των παιδικών ατυχημάτων πρέπει να υπάρξουν οι κατάλληλες δομές και εγκαταστάσεις, που να μην υπάρχει από τη πλευρά των κτιρίων κίνδυνος ατυχήματος. Έπειτα αναφέρουν, ότι και εκπαιδευτικοί και βρεφονηπιοκόμοι, πρέπει να έχουν τα παιδιά υπό την αυστηρά επιτήρηση τους και φροντίδα τους, για να προλάβουν κάθε ατύχημα.

Επιπλέον, μία ελληνική μελέτη που ανεβρέθηκε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν, των Οικονόμου & Μαρουλάκη, που πραγματοποιήθηκε το 2010. Η συγκεκριμένη έρευνα, παρουσιάζει τα ατυχήματα που συμβαίνουν στο σπίτι αλλά και στο σχολείο. Εστιάζει κυρίως στη πρόληψη των ατυχημάτων, στην ανεύρεση των αιτιών και την αντιμετώπισή τους. Η καταγραφή της μελέτης, πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του έτος του 2006-2007, χρησιμοποιώντας σαν δείγμα μια ομάδα μαθητών >12 ετών στην Αθήνα, με ερωτηματολόγιο που κατασκεύασαν οι συγγραφείς –ερευνητές.

Συγκεκριμένα, σε αυτή την μελέτη εμφανίζονται τα ατυχήματα που συμβαίνουν στο σχολείο, κυρίως στο σχολικό προαύλιο κατά την διάρκεια του διαλείματος. Τα αγόρια παρουσιάζονται πιο επιρρεπή στην εκδήλωση του ατυχήματος, απ' ότι τα κορίτσια, που έχουν πιο χαμηλό ποσοστό ατυχημάτων. Τα ατυχήματα που συμβαίνουν συνήθως, είναι οι πτώσεις από ύψος. Συμπερασματικά, οι συγγραφείς μιλούν για την ανάγκη της καταγραφής των ατυχημάτων, με σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση αυτών.



Παρ' όλο, που τρεις παραπάνω μελέτες αναφέρονται σε τρεις διαφορετικές εγκαταστάσεις, παρουσιάζουν κοινά σημεία ως προς τη πρόληψη και την αντιμετώπιση των παιδικών ατυχημάτων. Ως προς την πρόληψη, αναφέρουν ότι πρέπει ληφθούν πιο ραγδαία μέτρα, μέσα από την, αυστηρή, επίβλεψη των γονέων και των εκπαιδευτικών ως προς τα παιδιά. Επίσης, οι δομές οφείλουν να γίνουν καταλληλότερες και πιο ασφαλείς (π.χ. σχολείο, βρεφονηπιακοί σταθμοί), για να μην υπάρχουν κτηριακοί κίνδυνοι για τα παιδιά. Αυτό μπορεί επιτευχθεί μόνο από συνεχείς αναζητήσεις των κτηρίων και αξιολογήσεις αυτών. Ένα επιπλέον, μέτρο που προτείνεται για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων, είναι η εκπαίδευση. Η εκπαίδευση κάθε πολίτη και φορέα που έρχεται σε επαφή με τα παιδιά, από τους γονείς, του κηδεμόνες, τους εκπαιδευτικούς και άλλους. Η εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει από:

- την στάση και συμπεριφορά αυτών προς τα παιδιά,
- το πώς μπορούν να κρατήσουν τα παιδιά μακριά από τους κινδύνους,
- να μπορούν να προλάβουν και να αντιμετωπίσουν ένα ατύχημα
- και τέλος η εκμάθηση των πρώτων βοηθειών.

Τώρα, ως προς την αντιμετώπιση των παιδικών ατυχημάτων, συστήνουν την ετοιμότητα των αρμόδιων δομών αλλά και ατόμων που τις πληρούν, στην αντιμετώπιση ενός τέτοιου περιστατικού. Βέβαια, η καλύτερη αντιμετώπιση είναι η πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων, καθώς μέσα από τη πρόληψη, θα προλάβουμε με την ενημέρωση του κοινού, κάθε ατύχημα.

#### **Συστάσεις για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τα παιδικά ατυχήματα.**

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, μεταξύ αυτών και οι νοσηλευτές, συνήθως δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον για τις ορατές σωματικές βλάβες (εκδορές, μώλωπες, εγκαύματα, κατάγματα) στα παιδιά, και όχι για εκείνες που πιθανόν έχουν υποστεί σε συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο, ούτε βέβαια προσέχουν πώς να προλάβουν ή να αντιμετωπίσουν τα παιδικά ατυχήματα. Παρότι οι νοσηλευτές είναι σαφώς προσανατολισμένοι στην ολιστική θεραπευτική προσέγγιση, δεν εκπαιδεύονται σχετικά με τις παρεμβάσεις που αφορούν την πρόληψη της μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και τη νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται να

παρέχουν σε παιδιά με μετατραυματικές εκδηλώσεις. (Ουζούνη, Νακάκης, 2013,). Οι νοσηλευτές λοιπόν έχουν καθήκον:

- Να προλάβουν τα ατυχήματα μέσα από την πρόληψη ατυχημάτων, όπου αυτό επιτυγχάνεται μέσα από,
- τη διοργάνωση προγραμμάτων και σεμιναρίων, όπου θα μιλούν για τα ατυχήματα και τους τρόπους που μπορούν να αντιμετωπιστούν τα ατυχήματα και οι συνέπειές τους,
- παρέχοντας εκπαιδευτικά φυλλάδια σε κάθε νέο γονιό που επισκέπτεται ένα κέντρο υγείας, ώστε να κατευθυνθεί στη φροντίδα του παιδιού του,
- διοργανώνοντας ομιλίες σε σχολεία και κοινοτικούς χώρους, για γονείς και κηδεμόνες, όπου θα μιλούν για την πρόληψη και αντιμετώπιση των ατυχημάτων και ίσως η διδασκαλία των πρώτων βοηθειών , με αποτέλεσμα οι γονείς να είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν κάθε γεγονός.
- Να αντιμετωπίσει τα παιδικά ατυχήματα, ως κλινικός νοσηλευτής,
- οφείλει να είναι έτοιμος και εκπαιδευμένος να αντιμετωπίσει κάθε λογής τραύμα,
- να είναι πάντα σε ετοιμότητα να παρέχει τις πρώτες βοήθειες,
- τέλος, οφείλει να σκέφτεται τις συναισθηματικές και ψυχολογικές συνέπειες, που μπορεί να προκαλέσει ένα τραύμα. Εκτός, από τη κλινική περίθαλψη οφείλει να σκεφτεί και τους ψυχολογικούς παραμέτρους που φέρει ένα τραύμα και να τους προλάβει.
- Καταλήγοντας, ο νοσηλευτής οφείλει να εντοπίσει όλα τα αίτια που προκαλούν παιδικά ατυχήματα. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τις συνεχείς έρευνες.

## **8.2. : Συμπεράσματα**

Η αποτίμηση της συστηματικής ανασκόπησης της παρούσας έρευνας σε ελληνικά και διεθνή επιστημονικά περιοδικά για την καταγραφή των παιδικών ατυχημάτων σε διάφορες δομές (π.χ. σχολεία, βρεφονηπιακοί σταθμοί, παιδικές χαρές) αλλά και σε πιο οικείους χώρους όπως είναι το σπίτι ενός παιδιού.

Αναζητώντας τα είδη των παιδικών ατυχημάτων, τα αίτια, την πρόληψη, την αντιμετώπιση αλλά και τις συνέπειες αυτών, απέδωσε συνολικά 13 μελέτες, άρθρα και περιλήψεις. Οι μελέτες αυτές ωστόσο δεν αποτελούν αμιγώς ερευνητικές εργασίες αλλά περιλαμβάνουν και ανασκόπηση, ανάπτυξη ιατρικού θέματος, μελέτη περίπτωσης ή και συστάσεις θεραπευτικών παρεμβάσεων. Γενικά, για την τελευταία δεκαετία (2006-16) η αναζήτηση έδωσε ένα αρκετά μεγάλο πλήθος εργασιών, ιδιαίτερα στην ελληνική βιβλιογραφία, που σχετίζονται αμιγώς με τα παιδικά ατυχήματα την πρόληψη και την αντιμετώπιση αυτών. Μερικές βιβλιογραφικές πηγές αναφερόντουσαν μόνο σε ένα είδος ατυχήματος (π.χ. εγκαύματα) ή ήταν εστιασμένα σε μία συγκεκριμένη δομή (π.χ. αθλητικές εγκαταστάσεις).

**Σε συνέχεια με τα παραπάνω διαπιστώθηκαν αναλυτικά τα εξής συμπεράσματα από τις δεκατρείς επιλεγμένες μελέτες της ανασκόπησης:**

- εξαιτίας του πολύ μεγάλου όγκου των ειδών των ατυχημάτων που περιλαμβάνουν τα παιδικά ατυχήματα, διαπιστώθηκε ότι στους τίτλους ή στις περιλήψεις των εργασιών γίνεται αναφορά γενικά στα παιδικά ατυχήματα ή ειδικά σε, εγκαύματα, τροχαία, πτώσεις, δηλητηριάσεις, πνιγμονές και πνιγμοί, εισροφήσεις, ατυχήματα σε αθλητικές εγκαταστάσεις και άλλα.
- διαπιστώθηκαν συγγραφείς με περισσότερες από μια εργασίες ενώ η πλειοψηφία των εργασιών είναι δημοσιευμένες σε ελληνικά περιοδικά αλλά αρκετά ήταν και τα διεθνή άρθρα.
- κύρια γνωρίσματα ή στοιχεία αναφοράς των περισσότερων εργασιών ήταν η έγκαιρη παροχή φροντίδας, η αντιμετώπιση και αποκατάσταση του τραύματος, η προσαρμογή των υπηρεσιών και των προτύπων αποκατάστασης σε έγκριτες μεθόδους, η αυτοδιαχείριση ή η πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων, η εκτίμηση ή η αξιολόγηση του ατυχήματος,
- για την αξιολόγηση των ατυχημάτων και της ποιότητας υγείας & ζωής των παιδιών που τους συμβαίνει ένα ατύχημα, στη πλειοψηφία των μελετών που βρέθηκαν χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς με κλίμακες, οπτικές ή καταγραφής όπως SPSS.

- γενικότερα, αξιολογώντας το επίπεδο ενημερότητας που έχει η κοινότητα για τα παιδικά ατυχήματα ήταν αρκετά καλό αλλά ακόμα παρατηρήθηκε ότι αρκετά μεγάλο ποσοστό αγνηφούσε τους κινδύνους που μπορεί να κρύβει μια παιδική χαρά ή μια σχολική δομή, ή από την άλλη μεριά παρατηρείται μια υπερβολική στάση από τους γονείς προς τα παιδιά περιορίζοντάς τα ιδιαίτερα στο χώρο του σπιτιού.

- Παρατηρήθηκε , ότι σε περιοχές που έγιναν σεμινάρια εκπαίδευσης και ομιλίες σχετικά για την αποφυγή των ατυχημάτων, τα ατυχήματα μειώθηκαν, καθώς οι γονείς και οι κηδεμόνες πήραν οδηγίες για να αποφύγουν τυχόν ατυχήματα.

Συνοπτικά λοιπόν, παρά την έλλειψη μετανάλυσης για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, θεωρείται ότι δεν έχει αναπτυχθεί στην ελληνική και διεθνή

ερευνητική βιβλιογραφία κατά την τελευταία πενταετία με επάρκεια, η καταγραφή της βέλτιστης νοσηλευτικής φροντίδας στη διαχείριση των παιδικών τραυματισμών. Κυριαρχεί η θεωρία , ότι χρειάζεται ως επί των πλείστον να υπάρξει η πρόληψη των ατυχημάτων, ώστε να αντιμετωπιστούν τα παιδικά ατυχήματα επαρκώς. Γεγονός, που μπορεί να αποτελέσει αρωγός στη πρόληψη είναι η διοργάνωση προγραμμάτων, σεμιναρίων και ομιλιών.

### **8.3. : Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα**

Όπως ήδη αναπτύχθηκε στα κεφάλαια των αποτελεσμάτων και της συζήτησης, οι βιβλιογραφικές αναφορές στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια που να σχετίζονται με τα παιδικά ατυχήματα, την πρόληψη και την αντιμετώπισή τους είναι επαρκές τη τελευταία δεκαετία. Η νοσηλευτική κοινότητα μέσω διεπιστημονικών ομάδων, όπως ήδη εφαρμόζεται σε αναπτυγμένες δυτικές κοινωνίες με σύγχρονα συστήματα υγείας, έχει μεριμνήσει για την δημιουργία εργαλείων, μεθόδων, κριτηρίων, προτύπων και σχεδίων νοσηλευτικής διαχείρισης με γνώμονα πάντα την αντιμετώπιση τραυματισμών , καθώς και σχεδίων δράσεων για την ενημέρωση του κοινού σχετικά με τα ατυχήματα, για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής των παιδιών.

Από τα πιο καίρια λοιπόν ζητήματα επιπλέον διερεύνησης, θα ήταν να ερευνηθούν τα κτίρια, όπως σχολικές δομές, αθλητικές δομές, διαβάσεις, οδικό

δίκτυο, και πώς μπορεί να προσαρμοστεί αυτό, ακόμη και στα σπίτια, ώστε να προσαρμοστούν με τέτοιο τρόπο, που να προάγουν την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων. Η εκπαίδευση των γονιών, των κηδεμόνων και των οικείων των παιδιών, για τη πρόληψη και την αντιμετώπιση των παιδικών ατυχημάτων, αποτελούν μονάχα μερικές παραμέτρους μιας συλλογικής προσπάθειας και εκ' των υστέρων της αξιολόγησης του συγκεκριμένου εγχειρήματος.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αθανασίου Π., (2006), Πώς να προφυλάξουμε τα παιδιά από ατυχήματα στις αγροτικές περιοχές. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.moa.gov.cy/moa/da/da.nsf/AII/66D00CEB0CCD4C8CC22579AA0031CF8C/\\$file/132006PedikaAtichimata.pdf?OpenElement](http://www.moa.gov.cy/moa/da/da.nsf/AII/66D00CEB0CCD4C8CC22579AA0031CF8C/$file/132006PedikaAtichimata.pdf?OpenElement).
- Αντωνιάδου Ε., (2010), Εισρόφηση. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://anesthesia.gr/download/TOMOS\\_9/tefhos\\_1819/Document%20\(6\)](http://anesthesia.gr/download/TOMOS_9/tefhos_1819/Document%20(6)).
- Αντωνιάδης Σ., Πολυζώη Κ., Μακρογκίκα Ε., Διονυσοπούλου Ε., Σιδηροπούλου Τ., Τσαούλα Ν., Ζέρβα Μ., (2008), Ατυχήματα και δηλητηριάσεις στους βρεφονηπιακούς σταθμούς του νομού Αττικής. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα του Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος Αθήνας: Παιδιατρική εταιρεία Κύπρου, (2014), Δηλητηριάσεις στα παιδιά. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.child.org.cy/%CE%A3%CF%85%CE%BD%CE%B4%CE%AD%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82/%CE%98%CE%95%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%91/tabid/84/articleType/ArticleView/articleId/416/Default.as>
- Αντωνιάδης Χ. (2013), Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στο σπίτι. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.cysha.org.cy/?p=446>. Προσπελάθηκε στις 19/11/2014.
- Ανώνυμος, (2012), Ημερίδα για το Παιδί και τα Τροχαία Ατυχήματα από την Ελληνική Ομάδα Διάσωσης. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/proionta-ypiresies/news/20560/imerida-gia-to-paidi-kai-ta-troxaia-atyximata-apo-tin-elliniki-omada-diaswsis.html>. Προσπελάθηκε στις 11/12/2013.
- Ανώνυμος, (2012), Συμβουλές από την ΕΛΠΑ για τη μείωση των παιδικών ατυχημάτων στους δρόμους. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.iefimerida.gr/news/66457/%CF%83%CF%85%CE%BC%CE%B2%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%AD%CF%82%CE%B1%CF%80%CF%8C->

[%CF%84%CE%B7%CE%BD%CE%B5%CE%BB%CF%80%CE%B1-%CE%B3%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CE%AF%CF%89%CF%83%CE%B7%CF%84%CF%89%CE%BD%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD%CE%B1%CF%84%CF%85%CF%87%CE%B7%CE%BC%CE%AC%CF%84%CF%89%CE%BD%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%8%CE%B4%CF%81%CF%8C%CE%BC%CE%BF%CF%85%CF%82#ixzz43SSBjBI](#)t.

- Βουδούρης Ν., (2015), Ατυχήματα στο σπίτι: Δε φταίνε τα παιδιά. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.mitera.gr/default.asp?siteID=1&pageID=127&langID=1&entryID>.

- Γαλεράκη Φ., Περισυνάκη Γ., Τριανταφύλλου Γ.(2010), Καταγραφή της συχνότητας των ατυχημάτων σε παιδιά σε τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα της κεντρικής βιβλιοθήκης του Τει Κρήτης: <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/nos/2010/GalerakiFotini,PerisynakiGeorgia,TriantafyllouGlykeria/document-1285142094-198911-23128.tkl>.

- Γεωργιακώδης Φ., Βοζίκης Α., (2004), Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΣΧΟΛΕΙΑ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://stat-athens.aueb.gr/~esi/proceedings/17/esi17-p083.pdf>.

- Γιαννάς Ι., (2015), Παιδικά Εγκαύματα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.athensplasticsurgery.gr/el/treatments/16-burns>.

- Γιατζίδη Α., (2014), Παροχή πρώτων βοηθειών σε περίπτωση πνιγμού στη θάλασσα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://medlabgr.blogspot.com/2012/07/video.html#ixzz43S7X6sJj>.

- Γκούφα Ι., (2008), Εγκαύματα στη παιδική ηλικία. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [hypatia.teiath.gr/xmlui/.../Burns%20in%20the%20children's%20age.zip?](http://hypatia.teiath.gr/xmlui/.../Burns%20in%20the%20children's%20age.zip?).

- Γκουτζιβελακης Κ., ( 2014), Έγκαυμα και Παιδί Ψυχοκοινωνικές Προεκτάσεις. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:

<http://digilib.teiemt.gr/jspui/bitstream/123456789/4013/1/DIDZ01Z0115.pdf>.

[Προσπελάθηκε στις 10/8/2015.](#)

- Δεδούκου Ξ.,(2013), Ατυχήματα και σωματικές κακώσεις στην παιδική ηλικία. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:<http://www2.keelpno.gr/blog/?p=4371>. Προσπελάθηκε στις 11/9/2015.

- Ευσταθιάδης ΣΤ., (2009), Οδική Ασφάλεια - Ποιος φταίει; Τροχαία ατυχήματα και τρόποι αντιμετώπισης, Ξάνθη, 13-11-2009. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.teethrakis.gr/drastiriotites/ekdiloseis/odiki-asfaleia-poios-ftaiei-trochaia-atychimata-kai-tropoi-antimetopisis-13-11-2009>.

- Ζημάλης Ε., (2002), Μέτρα προφύλαξης από την ηλεκτροπληξία. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.iatronet.gr/ygeia/iatriki-ergasias/article/711/metra-profylaxis-apo-tin-ilektroplixia.html>.

- Ζέλλου Α., (2011), Κατάποση ξένων σωμάτων στην παιδική ηλικία. Η γνώμη του παιδίατρου. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.hygeia.gr/page.aspx?p\\_id=751](http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=751).

- Ηλιοπούλου Ε. & Μιχαλάκη Λ., (2015), Η συνεισφορά της Πλαστικής Χειρουργικής στην Παιδική Τραυματολογία. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:

[http://www.iatrikionline.gr/IB\\_97/4.htm](http://www.iatrikionline.gr/IB_97/4.htm).

- Καπάτου Α., (2014), Παιδική χαρά και κίνδυνοι. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.news.gr/gynaika/paidi-oikogeneia/article/122927/paidikh-hara-kai-kindynoi.html>.

- Κάραρη Φ.(2006), ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 5- 14 ΕΤΩΝ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΚΙΛΚΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2001 – 2005. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiDifD30N7JAhUGCw8KHYYwhCLIQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fhypatia.teiath.gr%2Fxmlui%2Fbitstream%2Fhandle%2F11400%2F747%2FChildren%27s%2520accidents.doc%3Fsequence%3D1&usq=AFQjCNGgTxB5sgFFMvBspgN0V1y\\_eXUnJQ&sig2=jRqgsbNTfQjys3VWB0PL7Q](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiDifD30N7JAhUGCw8KHYYwhCLIQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fhypatia.teiath.gr%2Fxmlui%2Fbitstream%2Fhandle%2F11400%2F747%2FChildren%27s%2520accidents.doc%3Fsequence%3D1&usq=AFQjCNGgTxB5sgFFMvBspgN0V1y_eXUnJQ&sig2=jRqgsbNTfQjys3VWB0PL7Q). Προσπελάθηκε στις 5/6/2014.



- Καρδαρά Μ., Παπαζαφειροπούλου Α., Παππάς Σ., (2009), Οδικά τροχαία ατυχήματα Επιδημιολογία, παράγοντες κινδύνου και μέτρα πρόληψης. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:<http://www.mednet.gr/archives/2009-6/pdf/751.pdf>. Προσπελάθηκε στις 10/7/2013.
- Κεφάλας Μ. Φ., (2012), Κακώσεις προσώπου παιδιών. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://kefalasorl.blogspot.gr/2012/07/blog-post\\_4.html](http://kefalasorl.blogspot.gr/2012/07/blog-post_4.html).
- Κεχαγιάς Γ., (2012), Τα ατυχήματα στα παιδιά. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.atiximata.gr/arthra/ta-atyehmata-sta-paidia/>.
- Κοντογιάννης Θ., (2015), Εγκαύματα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.kontogiannis.gr/el/content/24%CE%95%CE%B3%CE%BA%CE%B1%CF%8D%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1>.
- Κρητικού Μ., (2013), Οι βασικές πρώτες βοήθειες για παιδικά ατυχήματα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.mama365.gr/8576/oi-vasikes-protos-vohtheies-gia-paidika-atyhhmata.html>.
- Κωτσάρα Σ., (2013), Με ασφάλεια στην παιδική χαρά. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.infokids.gr/2013/06/me-ta-paidia/>.
- Λούβρου Κ.,(2014), Άμεση αντιμετώπιση δηλητηρίασης από ουσίες, φάρμακα, εντομοκτόνα, είδη καθαρισμού, μονοξείδιο του άνθρακα και άλλα. Πρώτες βοήθειες. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://medlabgr.blogspot.com/2014/11/blog-post\\_5.html#ixzz43M7XUt00](http://medlabgr.blogspot.com/2014/11/blog-post_5.html#ixzz43M7XUt00).
- Λούβρου Κ. (2015), Γιατί 400 άτομα χάνουν την ζωή τους κάθε χρόνο από πνιγμό; Πρόληψη αποτροπής του πνιγμού. Μπορούν να μάθουν κολύμβηση τα μωρά; Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://gkatzios.blogspot.com/2015/07/400-video.html>.
- Μακρής Α., (2006), Τροφικές δηλητηριάσεις: Πρόληψη και αντιμετώπιση. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://health.in.gr/nutrition/news/article/?aid=1231088750>.

- Μαραθιανός Σταύρος, (2015), Η πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.chania.gr/files/2/20801/i\\_prolipsi\\_ton\\_trohaion\\_atyhimatou.pdf](http://www.chania.gr/files/2/20801/i_prolipsi_ton_trohaion_atyhimatou.pdf).
- Μαρουλάκης Ν., Οικονόμου Κ., (2010), Παιδικά ατυχήματα στο σπίτι και στο σχολείο. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα του Τει Κρήτης: <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse2/seyp/nos/2010/MaroulakisNektarios,OkonomouKonstantinos/attached-document-1278659767-719032-22031/Maroulakis2010.pdf>.
- Μιχαλοδημητράκη Λ., (2014), Παιδί και Θάλασσα: Απλά μέτρα προφύλαξης για ξένοιαστες διακοπές. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.hygeia.gr/page.aspx?p\\_id=1161](http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=1161).
- Μπουλουτζα Π., (2007), Από αβλεψίες μεγάλων, τραγωδίες με θύματα παιδιά. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.kathimerini.gr/275340/article/epikairothta/ellada/apo-avleyies-megalwn-tragwdies-me-8ymata-paidia>.
- Μουτσάνας Ε., (2009), Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.moutsanas.gr/sites/www.moutsanas.gr/files/paidika\\_atyhimata\\_paroysiassi\\_0.pdf](http://www.moutsanas.gr/sites/www.moutsanas.gr/files/paidika_atyhimata_paroysiassi_0.pdf). Προσπελάθηκε στις 10/8/2011.
- Μουτσάνας Ε. (2013), Ιδιαιτερότητες και προβλήματα της εφηβείας. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.moutsanas.gr/sites/www.moutsanas.gr/files/idiaiterotites\\_kai\\_provlimata\\_efiveias\\_vivlio.pdf](http://www.moutsanas.gr/sites/www.moutsanas.gr/files/idiaiterotites_kai_provlimata_efiveias_vivlio.pdf). Προσπελάθηκε στις 6/5/2015.
- Μουχτούρη Β., (2013), Ατυχήματα στην παραλία. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=4133>.
- Μπάκα Α., Παπαμιχαήλ Δ., (2008), Πιλοτική εφαρμογή ολοκληρωμένου συστήματος καταγραφής πολυτραυματιών παιδιατρικών ασθενών. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/meletes/meleti\\_padiko\\_trauma.pdf](http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/meletes/meleti_padiko_trauma.pdf). Προσπελάθηκε στις 8/3/2013.
- Μπακοπούλου Φ., Πετρίδου Ε., Κόρπα Τ. Ν., Δεληγεώρογλου Ε., Χρούσος Γ. Π., (2013), Θνησιμότητα εφήβων και νέων ενηλίκων από τροχαία

ατυχήματα στην Ελλάδα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=4381>.

- Μπαούση Έ., (2013), ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://lyk-aspition.voi.sch.gr/autosch/joomla15/images/ergasies/2012-13-a-kykloforiakh-agwgh.pdf>.

- Μπούζιου Μπ., Σιδέρη Μ., (2008), Πρόληψη και αντιμετώπιση παιδικών ατυχημάτων και ο ρόλος του νοσηλευτή. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα του Τεχνολογικού εκπαιδευτικού ιδρύματος Αθήνας: <https://www.google.gr/#q=%CE%9C%CF%80%CE%BF%CF%8D%CE%B6%CE%B9%CE%BF%CF%85+%CE%9C%CF%80%CE%AD%CF%84%CF%84%CF%85+++%CE%A3%CE%B9%CE%B4%CE%AD%CF%81%CE%B7+%CE%9C%CE%B1%CF%81%CE%AF%CE%B1+%CE%91%CE%98%CE%97%CE%9D%CE%91+2008>

- Νέου Π., (2013), Κέντρο Δηλητηριάσεων. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://0317.syzefxis.gov.gr/?page\\_id=75](http://0317.syzefxis.gov.gr/?page_id=75).

- Νινιράκη Α., Κολλιού Χ., (2015), Πρόληψη Παιδικών Ατυχημάτων. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://giorti15.blogspot.gr/2015/05/blog-post\\_72.html](http://giorti15.blogspot.gr/2015/05/blog-post_72.html).

- Ξανθή Δ., (2013), Ατυχήματα και σωματικές κακώσεις στην παιδική ηλικία. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=4371>. Προσπελάθηκε στις 11/9/2014.

- Ξημέρη Ε., Ρασιδάκη Φ., Τερζάκη Δ., (2002), Συχνότητα παιδικών ατυχημάτων στην Κρήτη την τελευταία διετία (2000-2001) Πρόληψη – Αντιμετώπιση. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://docplayer.gr/3566965-Ptyhiaki-ergasia-titlos-syhnnotita-paidikon-atyhiaton-stin-kriti-tin-teleytaia-dietia-2000-2001-prolipsi-antiuetopisi.html>.

- Ομάδα αντιμετώπισης παιδικού τραύματος, (2014), Έρευνα και Στατιστική. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.pedtrauma.gr/el/2014-04-12-22-53-39/research-menu-el>.

- Ουζούνη Χ., Νακάκης Κ. (2013), Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα το Βήμα του Ασκληπιού:

[http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2013/VOLUME%2002\\_13/VA\\_REV\\_3\\_12\\_02\\_13.pdf](http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2013/VOLUME%2002_13/VA_REV_3_12_02_13.pdf). Προσπελάθηκε στις 11/14.

- Παϊκοπούλου Δ., Γέραλη Μ. (2009), Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς στο Τελικό Στάδιο της Ζωής του. Πρωτόκολλο Μεταθανάτιας Φροντίδας. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11056843&AN=47690764&h=jdhjACRb5RUznTBg%2ffu%2bqqaJgjs5dxLTOzG%2fAD%2fyiiNfM6t7kOOq8tPZx3CysIU12CdnRj60aKXYf6Y%2fP3K3A%3d%3d&url=f&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d11056843%26AN%3d47690764>. Προσπελάθηκε στις 10/10/2015.

- Παναγιώτης Ι. Σ. (2012), Δάγκωμα από ζώο. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:

<http://www.kypramanton.gr/%CE%94%CE%91%CE%93%CE%9A%CE%A9%CE%9C%CE%91%20%CE%91%CE%A0%CE%9F%20%CE%96%CE%A9%CE%9F.htm>. Προσπελάθηκε στις 8/3/2015.

- Παπαδάτος Δ. , Τερζίδης Α., Πετρίδου Ε. (2005) Επιδημιολογικά δεδομένα τροχαίων ατυχημάτων σε παιδιά, εφήβους και νέους στην Ελλάδα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://library.tee.gr/digital/m2100/m2100\\_terzidis.pdf](http://library.tee.gr/digital/m2100/m2100_terzidis.pdf). Προσπελάθηκε στις 11/10/2010.

- Παπαδοπούλου Α., (2016), ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.kathosp.gr/Documents/Paidiatriko/%CE%91%CE%A4%CE%A5%CE%A7%CE%97%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%91%20%CE%A3%CE%A4%CE%91%20%CE%A0%CE%91%CE%99%CE%94%CE%99%CE%91%20%CE%9A%CE%91%CE%99%20%CE%A4%CE%9F%CE%A5%CE%A3%20%CE%95%CE%A6%CE%97%CE%92%CE%9F%CE%A5%CE%A3.%20%CE%9C%CE%95%CE%A>

[4%CE%A1%CE%91%20%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%9B%CE%97%CE%A8%CE%97%CE%A3.pdf.](#)

- Παπαδοπούλου Α. και Τσουμάκας Κ. (2000), Οι παιδίατροι στον αγώνα για τη πρόληψη των ατυχημάτων. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:

[http://www.iatrikionline.gr/deltio\\_49c/epi6.htm](http://www.iatrikionline.gr/deltio_49c/epi6.htm). Προσπελάθηκε στις 8/2/2015.

- Παπαδόπουλος Στ., (2003), Περισσότερη ασφάλεια στα σχολεία. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:

[http://www.titan.gr/UserFiles/File/media\\_kit/perissoteri\\_asfaleia\\_sxoleio.pdf](http://www.titan.gr/UserFiles/File/media_kit/perissoteri_asfaleia_sxoleio.pdf).

- Παπαδοπούλου Χ., Δεσύπρης Ν., Πετρίδου Ε., (2013), Θνησιμότητα από ατυχήματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών (1980-2009) στην Ελλάδα: μύθοι και πραγματικότητες. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:

<http://www2.keelpno.gr/blog/?p=4398>. Προσπελάθηκε στις 11/9/2015.

- Παπαδοπούλου Χ., Πετρίδου Ε., (2010), Πρόληψη και αντιμετώπιση ατυχημάτων στο σχολείο: Απλές συμβουλές για μαθητές, γονείς και εκπαιδευτικούς. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://health.in.gr/kid/news/article/?aid=1231098219>.

- Παπαμιχαήλ Δ., (2007), Πιλοτική εφαρμογή ολοκληρωμένου συστήματος καταγραφής πολυτραυματιών παιδιατρικών ασθενών. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:

[http://www.ygeia\pronoia.gr/Uploads/meletes/meleti\\_padiko\\_trauma.pdf](http://www.ygeia\pronoia.gr/Uploads/meletes/meleti_padiko_trauma.pdf).

Προσπελάθηκε στις 5/7/2014.

- Πατούλη Κ. (2012), Τραυματικές εμπειρίες ζωής. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <https://afigisizois.wordpress.com/2012/04/25/1741/>. Προσπελάθηκε στις 25/4/2014.

- Περσιάνης Ν. (2016), Ατυχήματα μέσα στο σπίτι. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.paidiatros.com/prolipsi/asfalia/indoor-accidents>.

- Πετρίδου Ε., Γερμενή Ε., Ντιναπόγιας Α., Μάντη Ε., Τσιριγώτη Α., (2008), Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά των Ατυχημάτων. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:

[http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/0/43cd48803e476812c22579c70038341b/\\$FILE/%CE%95%CF%85%CF%81%CF%89%CF%80%CE%B1%CF%8A%CE%BA%CF%8C%CF%82%20%CE%9A%CF%8E%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CF%82%20%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%AC%20%CF%84%CF%89%CE%BD%20%CE%91%CF%84%CF%85%CF%87%CE%B7%CE%BC%CE%AC%CF%84%CF%89%CE%BD.pdf](http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/0/43cd48803e476812c22579c70038341b/$FILE/%CE%95%CF%85%CF%81%CF%89%CF%80%CE%B1%CF%8A%CE%BA%CF%8C%CF%82%20%CE%9A%CF%8E%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CF%82%20%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%AC%20%CF%84%CF%89%CE%BD%20%CE%91%CF%84%CF%85%CF%87%CE%B7%CE%BC%CE%AC%CF%84%CF%89%CE%BD.pdf)

- Προσωπικό Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος, (2008), Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στα σχολεία. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.iatronet.gr/ygeia/paidiatriki/article/5858/prolipsi-paidikwn-atyximatwn-sta-sxoleia.html>.

- Προσωπικό Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης, (2014), Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στα Σχολεία. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.hosp-xanthi.gr/2014-12-18-11-34-37>.

- Προσωπικό Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών "Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού", (2015), Πρόληψη και αντιμετώπιση Δηλητηριάσεων. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.babytips.gr/medical-questions/dhlhthriash-prolhpsht-antimetvpush>.

- Προσωπικό εθνικού κέντρου άμεσης βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), (2016), ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.ekab.gr/karpa/>.

- Προσωπικό Ελληνικής Ομάδας Διάσωσης, (2013), Πρώτες βοήθειες σε τροχαία ατυχήματα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.iatronet.gr/ygeia/a-voitheies/article/22932/prwtes-voitheies-se-troxaia-atyximata.html>.

- Προσωπικό ομίλου Αθηνών, (2013), ΞΕΝΑ ΣΩΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΟΔΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.iatrikokentro.gr/iatrikoskosmos/el/content/%CE%BE%CE%B5%CE%BD%CE%B1%CF%83%CF%89%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%80%CE%BD%CE%B5%CF%85%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B7%CF%83%CE%BF%CE%B4%CE%BF%CF%85%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%80%CE%B1%CE%B%CE%B4%CE%B9%CE%B1>.

- Προσωπικό Υπουργείου Εσωτερικών, (2015), Η ευθύνη στους Δήμους, αν γίνει ατύχημα σε ακατάλληλη και μη σφραγισμένη παιδική χαρά. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.aftodioikisi.gr/dimoi/ipes-i-efthini-stous-dimous-an-ginei-atixima-se-akatalili-kai-mi-sfragismeni-paidiki-xara>.
- Σκούρου Ε., (2013), Παιδικά Ατυχήματα στο σχολείο και στο σπίτι. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://docplayer.gr/1254359-Ptyhiaki-ergasia-thema-paidika-atyhimata-sto-sholeio-kai-sto-spiti-eisigisi-athanasios-gkoysivelakis-epimeleia-eleni-skoyroy.html>.
- Σπυρίδης Γ., (2015), Πρώτες βοήθειες σε περίπτωση πνιγμού σε νερό. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.paidiatriki.gr/index.php?option=com\\_zoo&task=item&item\\_id=191&Itemid=1](http://www.paidiatriki.gr/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=191&Itemid=1).
- Στάθη Χ., (2010), Πνιγμός ή Πνιγμονή. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://genikosiatros.gr/protes\\_boitheies/%CF%80%CE%BD%CE%B9%CE%B3%CE%BC%CE%BF%CF%83%CE%AE%CF%80%CE%BD%CE%B9%CE%B3%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CE%B7/](http://genikosiatros.gr/protes_boitheies/%CF%80%CE%BD%CE%B9%CE%B3%CE%BC%CE%BF%CF%83%CE%AE%CF%80%CE%BD%CE%B9%CE%B3%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CE%B7/).
- Σωματείο «Αντιμετώπιση Παιδικού Τραύματος», (2009), Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στο σχολείο: Πώς θα αποφύγετε τα σχολικά ατυχήματα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.healthview.gr/%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%87%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF/1061/%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B7%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD%CE%B1%CF%84%CF%85%CF%87%CE%B7%CE%BC%CE%AC%CF%84%CF%89%CE%BD%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%83%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%BF%CF%80%CF%8E%CF%82%CE%B8%CE%B1%CE%B1%CF%80%CE%BF%CF%86%CF%8D%CE%B3%CE%B5%CF%84%CE%B5CF%84%CE%B1%CF%83%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%AC%CE%B1%CF%84%CF%85%CF%87%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1>.

- Τερζίδης Α., (2011), Πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων κυκλοφοριακή αγωγή. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://repository.edulll.gr/edulll/bitstream/10795/787/2/787\\_01\\_%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%9B%CE%97%CE%A8%CE%97%20%CE%A4%CE%A1%CE%9F%CE%A7%CE%91%CE%99%CE%A9%CE%9D%20%CE%91%CE%A4%CE%A5%CE%A7%CE%97%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%A9%CE%9D%2%20%CE%95%CE%99%CE%A3%CE%91%CE%93%CE%A9%CE%93%CE%97.pdf](http://repository.edulll.gr/edulll/bitstream/10795/787/2/787_01_%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%9B%CE%97%CE%A8%CE%97%20%CE%A4%CE%A1%CE%9F%CE%A7%CE%91%CE%99%CE%A9%CE%9D%20%CE%91%CE%A4%CE%A5%CE%A7%CE%97%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%A9%CE%9D%2%20%CE%95%CE%99%CE%A3%CE%91%CE%93%CE%A9%CE%93%CE%97.pdf).
- Τζαβέλα Ε. (2010), Συνέπειες τραυματικών εμπειριών ζωής.. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://tzavela.gr/%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CF%83%CE%B5%CE%BC%CF%80%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%83/>. Προσπελάθηκε στις 01/3/015.
- Τζουβαδάκης Ι., Μαρούλης Σ., (2012), Οδική Ασφάλεια Παιδιών στον Αστικό Χώρο. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <https://dspace.lib.ntua.gr/dspace2/handle/123456789/6737?show=full>.
- Τηλέμης Σ. (2009), Πρόληψη και αντιμετώπιση των ατυχημάτων στην παιδική ηλικία. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.chania.gr/files/2/34646/stefanos\\_tilemis\\_prolipsi\\_kai\\_antimetopisi\\_ton\\_atyhimaton\\_stin\\_paidiki\\_ilikia.pdf](http://www.chania.gr/files/2/34646/stefanos_tilemis_prolipsi_kai_antimetopisi_ton_atyhimaton_stin_paidiki_ilikia.pdf). Προσπελάθηκε στις 3/6/2015.
- Τσαρίδου Γ. & Τζαλαζίδης Κ., (2015), Ηλεκτρικό ρεύμα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://3gymkozan.koz.sch.gr/pdf/Electricity\\_danger\\_TsaridouGeorgia\\_TzalazidisKostas.pdf](http://3gymkozan.koz.sch.gr/pdf/Electricity_danger_TsaridouGeorgia_TzalazidisKostas.pdf).
- Τσαρούχας Κ. (2002), Ποιες επιπτώσεις έχει στην οικογένειά του και στον κοινωνικό ιστό η απώλεια ή ο τραυματισμός ενός ατόμου. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα της εφημερίδας το Βήμα: <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=140550>. Προσπελάθηκε στις 24/2/2015.



- Τσουλέα Ρ. (2015), Κίνδυνος σοβαρής μόλυνσης από το δάγκωμα της γάτας. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:

<http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=2&articleID=18769&la=1>.

- Τσουμάκας Κ., (2004), Η αντιμετώπιση του πολυτραυματισμένου παιδιού -Βασικές αρχές. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:

[http://www.iatrikionline.gr/Deltio\\_52b/02.htm](http://www.iatrikionline.gr/Deltio_52b/02.htm). Προσπελάθηκε στις 20/7/2009.

- Τυρπένου Α., (2014), Χημική και φυσικοί κίνδυνοι στα τροφιμα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:<http://www.nagref.gr/journals/ethg/images/21/ethg21p14-17.pdf>.

- Φαφούτη Ν., (2015), Οι πρώτες βοήθειες για τα εγκαύματα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.imommy.gr/nipia/ygeia/article/4702/oi-prwtes-bohtheies-gia-ta-egkaymata/>.

- Φούρα Γ., (2003), Επιδημία τα παιδικά ατυχήματα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:<http://www.kathimerini.gr/156912/article/epikairothta/ellada/epidhmia-ta-paidika-atyxhmata>.

- Φροσύνης Α., (2015), Κυκλοφοριακή Αγωγή Μαθαίνω να συμπεριφέρομαι υπεύθυνα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.faos-thessaloniki.gr/productfiles/accidents.pdf>.

- Φωτόπουλος Κ. Β., (2015), Καλοκαίρι: Οι τραυματισμοί των παιδιών, αυξάνονται. Αντιμετωπίστε τους. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.lovebaby.gr/component/catalog/node/595.html>.

- Χαδιαράκου Ε.,(2015), Πού συμβαίνουν τα περισσότερα παιδικά ατυχήματα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.imommy.gr/nipia/ygeia/article/6967/to-kserate-oti-ta-perissotera-atyxhmata-sta-paidia-symbainoyn-sto-spiti/>.

- Χαϊνή Ε., (2015), Αντιμετώπιση πνιγμού. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.ixek.gr/images/articles/357\\_6\\_pnigmos.pdf](http://www.ixek.gr/images/articles/357_6_pnigmos.pdf).

- Χατζηιωάννου Χ., (2004), ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΡΕΥΜΑ. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.teetdk.tee.gr/docs/asfaleia\\_sep03/Ilektrikos\\_Kindinos.pdf](http://www.teetdk.tee.gr/docs/asfaleia_sep03/Ilektrikos_Kindinos.pdf).
- Χατζηπαναγής Α., (2015), Δηλητηριάσεις. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.paidiatros.com/asthenies/emergencies/poisoning>.

## ΔΙΕΘΝΕΙΣ

- ALWASH R. & CARTHY M., (2000), Measuring severity of injuries to children from home accidents. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://adc.bmj.com/content/63/6/635.full.pdf>.
- Ambulance J., (2015), First aid rooms or areas at work. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.sja.org.uk/sja/training-courses/guidance/workplace-first-aid-changes/first-aid-rooms-or-areas.aspx>.
- Ανώνυμος, (2005), Mortality and Morbidity: Children's Accidents and Injuries. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα Australian Bureau of Statistics: <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/94713ad445ff1425ca25682000192af2/1d72f5e5299decc5ca25703b0080ccbf!OpenDocument>.
- Ανώνυμος, (2015), Sports Injury Statistics. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=sports-injury-statistics-90-P02787>.
- Ανώνυμος, (2008), Childhood Injury Report. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.cdc.gov/safecild/Child\\_Injury\\_Data.html](http://www.cdc.gov/safecild/Child_Injury_Data.html).
- Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <https://www.chill.ie/school-insurance/>.
- Ανώνυμος, (2015), Olycksfall bland barn och ungdomar. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.ydre.se/download/18.1a95f7bc121e4b14435800011485/1348852284425/Olycksfall+bland+barn+och+ungdomar.pdf>.

- Ανώνυμος, (2015), Injuries. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.who.int/ceh/risks/cehinjuries/en/>.
- Ανώνυμος, (2015), Accidents to children in the home. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.nhs.uk/Conditions/Accidents-to-children-in-the-home/Pages/Introduction.aspx>.
- Ανώνυμος, (2016), First aid. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.nhs.uk/conditions/Accidents-and-first-aid/Pages/Introduction.aspx>.
- Ανώνυμος, (2013), Electronic waste. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.who.int/ceh/risks/ewaste/en/>.
- Ανώνυμος, (2015), Accident Prevention for Children. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.belfasttrust.hscni.net/livewell/AccidentPreventionforChildren.htm>.
- Baldwin T. G., Degutis L. C., Frieden T.R., (2012), NATIONAL ACTION PLAN for CHILD INJURY PREVENTION. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.cdc.gov/safechild/pdf/National\\_Action\\_Plan\\_for\\_Child\\_Injury\\_Prevention.pdf](http://www.cdc.gov/safechild/pdf/National_Action_Plan_for_Child_Injury_Prevention.pdf).
- Benard P. (2011), Children's health. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα American Academy of Children's: <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/aap-expands-guidelines-for-infant-sleep-safety-and-sids-risk-reduction.aspx>
- Bethesda (2008), Παγκόσμια Έκθεση για την πρόληψη των τραυματισμών παιδιών. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα της βιβλιοθήκης [U.S. National Library of Medicine: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf).
- Brinkworth A., (2015), Accidents to Children. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.rospa.com/home-safety/advice/child-safety/accidents-to-children/>.

- Boyer V.L., Theodorou A.A.M., M.D., Berg A.R., Mallie J., Chávez-Méndez A., Walter García-Ubbelohde B.S., Hardiman S., Alagón A. (2009), Antivenom for Critically Ill Children with Neurotoxicity from Scorpion Stings. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα από το περιοδικό The new England Journal of Medicine: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0808455>.
- Campbell C.J. and Lewandowski A.L. (2000), MENTAL AND PHYSICAL HEALTH EFFECTS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE ON WOMEN AND CHILDREN. . Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα Psychiatric Clinic: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193953X05703178>.
- David A. W. (2005), Θεραπεία της τσιμπήματα από αθροιστές και εξωτικά δηλητηριώδη φίδια. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα thebmj: <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/31/david-warrells-clinical-review-query>.
- Dirkzwager A.J.E., Kerssens J.J., Yzermans C.J. (2006), Health Problems in Children and Adolescents Before and After a Man-made Disaster. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα Children's and Adolescent Psychiatry: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)62265-6/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)62265-6/abstract).
- Dyregrov A., Mitchell T. J., (2005), Work with traumatized children. Psychological effects and coping. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα Link Springer: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00976807#page-1>.
- Ekman R., Schyllander J.,(2011), Barns och ungas säkerhet. . Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/26005.pdf>.
- Eslocker E., (2010), Parents of Kids Killed in Pool Drain Accidents Outraged By Federal Rethink of Safety Law. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://abcnews.go.com/Blotter/parents-children-killed-pool-drain-accidents-outraged-federal/story?id=10241722>.
- Fagerström A., (2016), Bilbarnstolar – tester. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <https://familjen.trygghansa.se/vara-foralder/forebygg-olycka/bilbarnstolar-tester/>.

- Fagerström A., (2016), Cykelövningar för barn. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <https://familjen.trygghansa.se/vara-foralder/forebygg-olycka/cykelovningar-for-barn/>.
- Fagerström A., (2015), Studsmattan - skaderisk, ansvar och tips. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <https://familjen.trygghansa.se/fritid/lek-idrott/studsmattan-skaderisk-ansvar-och-tips/>.
- Frederick P. Rivara, Carolyn A. McCarty, Jamie Shandro, Jin Wang, Douglas Zatzick (2014), Parental Injury and Psychological Health of Children. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα από την Gateway: <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/1/e88>.
- Gärdsmo P. E. & Zeime G., (2015), Trygg på sjön. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <https://familjen.trygghansa.se/vatten-simning/trygg-pa-sjon/trygg-pa-sjon/>.
- Gesundheitskasse, (2016), Merkblätter informieren über Ursachen von Kinderunfällen. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/vertraege/index\\_07793.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/vertraege/index_07793.html)
- Grissinger M., (2014), Ingestion or Aspiration of Foreign Objects or Toxic Substances Is Not Just a Safety Concern With Children. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4103570/>.
- Grossman M. , Brent L. R. , Hoekelman A. R. , Neerhout C. R. , Miller W. R. , Parrott H. R. , Sutherland M. J. (2015), Η μείωση τόσο τους τραυματισμούς στην παιδική ηλικία απαιτεί υποστήριξη για μια εστιασμένη έρευνα. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα από την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής: [http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/meletes/meleti\\_padiko\\_trauma.pdf](http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/meletes/meleti_padiko_trauma.pdf).
- Heller L. J., Zieve D, Ogilvie I., (2016), Electrical injury. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000053.htm>.
- Κοντογιάννης Η., (2016), How To Treat Burns Naturally Using Herbs. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:

<http://www.kontogiannis.gr/el/content/24%CE%95%CE%B3%CE%BA%CE%B1%CF%8D%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1>.

- KTBS Staff, (2015), Two more children dead after suburban Dallas pool accident. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.ktbs.com/story/29442311/two-more-children-dead-after-suburban-dallas-pool-accident>.

- Lindberg D.M., Beaty B., Colunga J.E., Wood J.N., Runyan D. (2015), Check for abused children to Injuries Sentinel. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.pediatricsconsultant360.com/articles/catching-serious-child-abuse-it-happens-again>.

- Lott J., (2013), Kids are much likelier to die in swimming-pool accidents. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.nationalreview.com/article/348095/children-and-guns-fear-and-reality-john-lott>.

- Mayo Clinic Staff, (2015), Electrical shock: First aid. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.mayoclinic.org/first-aid/first-aid-electrical-shock/basics/art-20056695>.

- Mosier M.J., Peter T., Gamelli R.L. (2016), Need for Mechanical Ventilation in Pediatric Scald Burns: Why it Happens and Why it Matters. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα PubMed, από US National of Library of Medicine: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26284637>.

- Muller G.J. (2005), SCORPIONISM IN SOUTH AFRICA. A REPORT OF 42 SERIOUS SCORPION ENVENOMATIONS. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα της βιβλιοθήκης Stellenbosch University: <http://scholar.sun.ac.za/handle/10019.1/7277>.

- Peden M., Oyegbite K., Ozanne-Smith J., Hyder A.A., Branche C., Rahman F., (2008), World report on child injury prevention. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf)

- Sethi D., Towner E., Vincenten J., Segui-Gomez M., Racioppi F., (2008), European report on child injury prevention. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2008/european-report-on-child-injury-prevention>.
- SHANNON P.M., LONIGAN C.J., FINCH JR., TAYLOR C.M., (2000), Children Exposed to Disaster: I. Epidemiology of Post-Traumatic Symptoms and Symptom Profiles. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα Children's and Adolescent Psychiatry: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)64149-6/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)64149-6/abstract).
- Sigrid D., Torsten K., (2005), Bewegung und Kinderunfälle. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/si-8074.pdf>.
- Singer M.I., Anglin T.M., Song L.Y., Lunghofer L. (2000), Adolescents' Exposure to Violence and Associated Symptoms of Psychological Trauma. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://jama.jamanetwork.com/journal.aspx>.
- Stanford children's health, (2012), Accident Statistics. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=accident-statistics-90-P02853>.
- Tsoukala, D. Tsoumakas, K. (2013), Post-Traumatic Stress Disorder in Childhood and Adolescence. The Necessity of Prevention. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα Ebsco host: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/92013767/post-traumatic-stress-disorder-childhood-adolescence-necessity-prevention>.
- UK doctors, (2014), Swallowed Foreign Bodies. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://patient.info/doctor/swallowed-foreign-bodies>.
- Villalba-Cota J, Trujillo-Hernández B, Vásquez C, Coll-Cárdenas R, Torres-Ornelas P, (2004), Causes of accidents in children aged 0-14 years and risk factors related to the family environment. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15005967>.

- Wax E., Zieve D., Ogilvie I., (2014), Genetically engineered foods. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002432.htm>.
- Wegman F.,(2010), Road Safety. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.internationaltransportforum.org/irtadpublic/pdf/10IrtadReport.pdf>.
- White J. (2000), Bites and Stings from Venomous Animals. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα Therapeutic drug monitoring: [http://journals.lww.com/drug-monitoring/Abstract/2000/02000/Bites\\_and\\_Stings\\_From\\_Venomous\\_Animals\\_A\\_Global.14.aspx?trendmd-shared=0](http://journals.lww.com/drug-monitoring/Abstract/2000/02000/Bites_and_Stings_From_Venomous_Animals_A_Global.14.aspx?trendmd-shared=0).
- Yamini D. (2012), Your Immune System. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα Kids Health: <https://forms.kosairchildrenshospital.com/mobile.cfm?id=764&action=detail&ref=27876>

## **BIBΛΙΑ**

- Goldenberg I. και Goldenberg H. Οικογενειακή θεραπεία. Εκδόσεις Ελλην, 2005.
- Λαγός Δ. Παιδιατρική Νοσηλευτική, Βασικές αρχές στη φροντίδα παιδιών. Ιατρικές εκδόσεις, 2012.
- Πάνου Μ. Παιδιατρική νοσηλευτική εννοιολογική προσέγγιση. Εκδόσεις Βήτα, 2000.
- Μαθιουδάκης Ι. Σπινανιώτης Κ. Μυριοκεφαλιτάκης Ν. και Σπυρίδης. Λοιμώξεις στη παιδική ηλικία. Β΄ παιδιατρική κλινική πανεπιστημίου Αθηνών, 2000.
- Kathleen M. Speer, Susan L. Pixler και Cheryl K. Schmidt, Παιδιατρική νοσηλευτική. Εκδόσεις Ελλην, 2000.
- Βραχιώτη. Το παιδί και η φροντίδα του. Εκδόσεις Κοσμάδακη & σια, 2002.



- Cole M. και Cole R.S.. Η ανάπτυξη των παιδιών. Β τόμος Εκδόσεις Δαρδάνος, 2001.
- Keir L. Wise B. και Krebs C.. Πρώτες βοήθειες. Εκδόσεις Ελλην, 2002.
- Γκούβρα Μ. Κυρίδης Α. και Μαυρικάκη Ε.. Αγωγή υγείας και σχολείο. Εκδόσεις Δαδρανός, 2005.
- Καλοκαιρινού Α.. Νοσηλεία στο σπίτι. Εκδόσεις Ζεβелеδάκη και σια ,2003.