

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ



«Ευπαθείς ομάδες πληθυσμού –Πρόσφυγες στην
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών του
Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και οι
συχνότερες αιτίες νοσηλείας τους»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Καγιαδάκη Κωνσταντίνα ΥΝ6850
Καλοπαΐδη Μαγδαληνή ΥΝ6870
Σεργάκη Κυριακή Μαρία ΥΝ6795

ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΒΛΕΨΗ:

Βολανάκη Αικατερίνη

© Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου στις 17/01/2019, με αριθμό Πρωτοκόλλου 2298 και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του Ελ.Με.Πα. και των συγγραφέων του (N2121/1993).

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε κάθε περίοδο της ανθρώπινης ιστορίας οι άνθρωποι εγκαταλείπουν την πατρίδα τους αναζητώντας ένα ευνοϊκότερο μέρος για να ζήσουν. Η ανέχεια μπορεί να τους οδηγήσει στη φυγή.

Θεμελιωμένο είναι το δικαίωμα όλων για καλύτερη ποιότητα ζωής, υγείας και εκπαίδευσης. Ανάλογα με την οικονομική και πολιτική κατάσταση κάθε κράτους οργανώνονται οι δομές της υγειονομικής περίθαλψης.

Τα παιδιά των προσφύγων έρχονται αντιμέτωπα με πολλές δυσκολίες στον τόπο που γεννήθηκαν, κατά τη διάρκεια αναζήτησης ασύλου καθώς και κατά τη διάρκεια προσαρμογής στο νέο τόπο. Υπάρχουν προβλήματα όσο αφορά την καταλληλότητα του περιβάλλοντος, την άμεση και κατάλληλη στέγαση, τους κανόνες υγιεινής και την παροχή φροντίδας με το φραγμό επικοινωνίας.



Πηγή:rizopoulospost.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή:

Οι υπηρεσίες υγείας κάθε κράτους οφείλουν να φροντίζουν για την διατήρηση και την αποκατάσταση της ευεξίας. Η νοσηρότητα εύκολα μπορεί όμως να πάρει τη θέση της. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού επηρεάζεται από κοινωνικούς, οικονομικούς και φυσικούς παράγοντες.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην διερεύνηση των αιτίων νοσηλείας των ευπαθών ομάδων καθώς και την αποτύπωση του πλήθους των προσφύγων που εισήχθησαν στην ΜΕΘ Παίδων (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) του ΠαΓΝΗ (Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου).

Επίσης, μέσω αυτής της μελέτης σκοπός είναι να προκύψουν προτάσεις που αφορούν τη βελτίωσης της ποιότητας υγείας των παιδιών των προσφύγων και συζήτηση της δυνατότητας πραγματοποίησης αυτών.

Μεθοδολογία: Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με αναδρομική μελέτη των μητρώων και των ιστορικών των νοσηλευόμενων παιδιών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ).

Πιο αναλυτικά, καταγράφηκαν τα περιστατικά των προσφύγων κατά το χρονικό διάστημα 2010-2017 που εισήλθαν στις παιδιατρικές επειγόντων περιστατικών του Βενιζελείου και ΠαΓΝΗ καθώς και τα περιστατικά που τελικά νοσηλεύθηκαν ή φιλοξενήθηκαν στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων του ΠαΓΝΗ.

Τέλος μελετήθηκαν τα αίτια εισαγωγής τους, τα κλινικά χαρακτηριστικά και η έκβαση της νόσου.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο του δείγματος των παιδιών που μελετήθηκε μόνο το 20% είχαν εμβολιαστεί πλήρως.

Συμπεράσματα: Από το σύνολο των προσφύγων που εισήχθησαν στην ΜΕΘ μόνο το 16% αναφέρεται πλήρως εμβολιασμένο.

Λέξεις κλειδιά: Ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, κοινωνικό σύστημα υγείας, μετανάστες, πρόσφυγες, πρόληψη, εμβολιασμός.

ABSTRACT

BACKGROUND: The health services of each state must take care to maintain and restore wellness. However, morbidity can easily take its place. Population's level of health is influenced by social, economic and physical factors.

AIM:The purpose of this study is to investigate the causes of hospitalization of vulnerable groups as well as to map the number of refugees in the Pediatric Intensive Care Unit of General University Hospital of Heraklion. The purpose of this study is also to propose measures to prevent and improve the health of children from vulnerable groups and to discuss their realization.

MATERIAL AND METHOD:The data collection was carried out through a retrospective study of the nursing histories of the children being treated at the Pediatric Intensive Care Unit of Heraklion University Hospital (PAGNI). In more detail, the incidents of refugees and immigrants during the period 2010-2017, who came at the Pediatric Emergency Clinic of Venizelio Hospital and PAGNI. Other cases that were eventually hospitalized or accommodated at the Intensive Care Unit of PAGNI. Finally, the causes of their introduction, the clinical features and the outcome of the disease were studied.

RESULTS:The sample examined showed that only 25% was refugees and that only 20% of all children had been fully vaccinated.

CONCLUSIONS:Of the total refugees who were admitted to the ICU, only 16% reported being fully vaccinated.

KEY-WORDS:Vulnerable population groups, social health system, immigrants, prevention, vaccination.



Πηγή:ommed.gr

Περιεχόμενα



Πηγή: Wordpress.com

©.....	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.....	9
Αλλοδαποί στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ2	15
Οι δυσκολίες κατά τη μετάβαση	15
Άλλες χώρες υποδοχής προσφύγων.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	20
Δυσκολίες κατά την νοσηλεία.....	20
ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ 4-5-6	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	27
Ατυχήματα.....	27
Στην Ελλάδα	27
Πρόληψη ατυχημάτων	29
Εγκαύματα	30
Πρόληψη εγκαυμάτων	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	33

Λοιμώδη νοσήματα	33
Μικροβιακές λοιμώξεις.....	33
Γαστρεντερίτιδες.....	39
Ιογενείς Λοιμώξεις	39
Ηπατίτιδες.....	41
Πρόληψη παιδικών λοιμώξεων	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	46
Μετεγχειρητική παρακολούθηση.....	46
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	49
Μεθοδολογία:.....	49
Αποτελέσματα	50
Συζήτηση:.....	56
Κατάσταση υγείας ευπαθών ομάδων	58
Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της μελέτης.....	63
Ανάλυση αποτελεσμάτων – Συμπεράσματα:.....	65
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία δεν είναι μια μονοδιάστατη έννοια, αλλά έχει πολλούς παράγοντες που την επηρεάζουν, όπως οι βιολογικοί αλλά και οι περιβαλλοντικοί. Οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες όμως ανήκουν στις κατηγορίες του γενικού πληθυσμού μιας χώρας, που λόγω των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων της ζωής τους κινδυνεύουν να υποστούν τις επιπτώσεις του κοινωνικού αποκλεισμού, αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα.

Με τον όρο κοινωνικός αποκλεισμός εννοείται «μια κατάσταση» που την προσδιορίζει η έλλειψη ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων που η συγκεκριμένη κοινωνία θεωρεί βασικά, συμμετοχής στην παραγωγή και την απόλαυση κοινωνικών και δημόσιων αγαθών και συμμετοχής στη διαμόρφωση της έννοιας αλλά και στην άσκηση της εξουσίας. (Έμκε Πουλοπούλου, 2004).

Τα οικονομικά προβλήματα έχουν οδηγήσει την συντριπτική πλειοψηφία να απευθύνεται στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς είναι ευκολότερη η πρόσβαση σε σύγκριση με τις ιδιωτικές υπηρεσίες όπου η πρόσβαση έχει υψηλό χρηματικό κόστος.

Παρακάτω παρατίθενται ενδεικτικά οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες υγείας που αφορούν στην πρόληψη ή τη θεραπεία. Στο παρελθόν η χρήση των παρακάτω υπηρεσιών ήταν μέρος των κοινωνικών αγαθών.

Ενδεικτικές υπηρεσίες

Ιατρικές υπηρεσίες

- 1.** Πρόληψη
 - I. Εκπαίδευση σε θέματα υγείας
 - II. Εργασιακή υγιεινή
 - III. Διάγνωση
 - IV. Σχολική υγιεινή

- 2.** Διάγνωση και Πρωτοβάθμια περίθαλψη
 - I. Εργαστηριακές εξετάσεις
 - II. Ιατρικό ιστορικό

3. Πρώτες βοήθειες
 - I. Μικροεπεμβάσεις
 - II. Προετοιμασία ασθενή για μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο (Ο.Γ.Α) (Ο.Α.Ε.Δ)
 - Νοσηλευτικές υπηρεσίες**
 - 1. Βραχεία νοσηλεία σε έκτακτες και περιπτώσεις ανάρρωσης
 - 2. Θάλαμος μόνωσης
 - Κοινωνικό-συμβουλευτικές υπηρεσίες**
 - 1. Πληροφόρηση και συμβουλές σε θέματα όπως η αγωγή υγείας, η αντισύλληψη, το αλκοόλ, οι εθιστικές ουσίες, η αιμοδοσία κτλ.
 - 2. Οικογενειακός προγραμματισμός
 - 3. Κοινωνική φροντίδα των νέων
 - Ιατρό-κοινωνικές Υπηρεσίες**
 - 1. Παροχή φαρμάκων
 - 2. Κατ'οίκων νοσηλεία
 - 3. Συμβουλές μέσου τηλεφώνου
 - 4. Εκπαίδευση αυτοεξέτασης
 - Διοικητικές υπηρεσίες**
 - 1. Προγραμματισμός επισκέψεων
 - 2. Γραφείο πληροφοριών και προσανατολισμού
 - 3. Διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες
 - 4. Διαχείριση υλικού (I.K.A)
 - Μη κερδοσκοπικές ομάδες**
 - 1. Ελληνικός ερυθρός σταυρός
 - 2. Γιατροί χωρίς σύνορα
 - 3. Γιατροί του κόσμου

Η πρόσβαση στις παραπάνω υπηρεσίες απαιτεί οικονομικά κριτήρια καθώς και την ύπαρξη ασφάλισης. Για τον λόγο αυτό είναι δύσκολη η πρόσβαση στις ομάδες με χαμηλό εισόδημα. Είναι φυσικό λοιπόν οι αλλοδαποί, οι οποίοι διαμένουν παράνομα σε μια χώρα να εξαιρούνται από κάθε είδους υπηρεσίες και παροχές πέρα των υπηρεσιών που προσφέρουν οι μη κερδοσκοπικές ομάδες.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες

Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες ονομάζονται εκείνες οι ομάδες του πληθυσμού που έχουν περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση σε κοινωνικά και δημόσια αγαθά και δυσκολεύονται ή αδυνατούν σε πολλά επίπεδα και σε διάφορους τομείς να έχουν ποιότητα ζωής (π.χ. στέγη, εργασία, ικανοποιητικό εισόδημα, εκπαίδευση, ιατρική περίθαλψη, κοινωνική ασφάλιση κ.ά.). Πρόκειται κυρίως για άστεγους, άνεργους/μακροχρόνια άνεργους, άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ), πάσχοντες (σοβαρά παθολογικά προβλήματα, ψυχικές ασθένειες), αποφυλακισμένους, χρήστες και πρώην χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, οροθετικούς, άτομα θρησκευτικών, πολιτισμικών ή εθνικών μειονοτήτων, ρομά / αθίγγανους, μονογονεϊκές οικογένειες, ανήλικους παραβάτες, κακοποιημένες γυναίκες, θύματα εμπορίας (trafficking), πρόσφυγες, μετανάστες, παλινοστούντες, πληγέντες από θεομηνίες και φυσικές καταστροφές (πυρόπληκτοι, σεισμοπαθείς, πλημμυροπαθείς). (Δ. Μπαλούρδος, 2004)



Πηγή: pathfinder.gr

Αλλοδαποί στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών

Καθ'ότι ερευνώντας για τους πρόσφυγες που από ότι αποδείχθηκε ο αριθμός ήταν πολύ μικρότερος από τον αναμενόμενο τις χρονιές που ερευνούσαμε και έχοντας αποκλειστεί από τα συνολικά δεδομένα των εισαγωγών στις παιδιατρικές κλινικές από τα επείγοντα του Βενιζελείου, συσχέτισαμε την ερευνά μας αρχικά με ένα κομμάτι των ευπαθών ομάδων από αλλοδαπούς ασθενείς όπως είναι οι μετανάστες και ένα κομμάτι από αλλοδαπούς ασθενείς οι οποίοι δεν εντάσσονται στις ευπαθείς ομάδες και είναι κυρίως τουρίστες που ήρθαν στην χώρα μας για διακοπές και τα παιδιά τους είχαν κάποιο ατύχημα ή χρειάστηκαν να νοσηλευτούν στην ΜΕΘ Παιδών.

Ο τουρισμός και η μετανάστευση συνήθως ορίζονται διαφορετικές, αν όχι αντίθετες μορφές κινητικότητας. Ποια είναι όμως η διαφορά μεταξύ της μετάβασης στο εξωτερικό ως τουρίστας και ποια ως μετανάστης; Και τα δύο ταξίδια καταλήγουν σε διαφορετικά περιβάλλοντα και τρόπους ζωής. Τα συναισθήματα που βιώνει κάποιος ως τουρίστας είναι αρκετά διαφορετικά από αυτά ενός νέου μετανάστη που σκοπεύει να παραμείνει στον προορισμό μόνιμα. Η μετανάστευση περιλαμβάνει φυσικά πολλές ανησυχίες και ένα ορισμένο επίπεδο ενόχλησης: εκμάθηση μιας νέας γλώσσας, εύρεση εργασίας και χώρου για να ζήσει, δημιουργία νέων φίλων και ούτω καθ' εξής. Και ο τουρίστας αλλά και ο μετανάστης όταν έρθει η ώρα να νοσηλευτούν αποκτούν ολοένα και περισσότερα κοινά. Οι γλωσσικές και πολιτισμικές προκλήσεις καθώς και η έλλειψη γνώσης του συστήματος υγείας μιας χώρας υποδοχής είναι ένα κοινό πρόβλημα μεταξύ πολλών μεταναστών και τουριστών ασθενών. Τέτοιες δυσκολίες εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ αλλοδαπών και παροχών υγείας. Μιλώντας για αλλοδαπούς που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες όπως είναι οι μετανάστες αλλά και αλλοδαπούς που δεν ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες όπως είναι οι τουρίστες δεν θα μπορούσε να λείπει ο ρατσισμός ως κοινό χαρακτηριστικό όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας. (International Health Policy Program, 2015)

Οι εμπειρίες των ασθενών από διακρίσεις, τόσο στο πλαίσιο του συστήματος υγείας όσο και στην καθημερινή ζωή, δεν είναι ασυνήθιστες και συνδέονται με καθυστερήσεις στην αναζήτηση φροντίδας, μη τήρηση ιατρικής συμβουλής και φτωχότερη κατάσταση υγείας. Οι πιθανές πηγές διακρίσεων είναι ευρείες, αλλά οι περισσότερες έρευνες μέχρι σήμερα έχουν επικεντρωθεί

στη φυλετική και εθνική διάκριση. Τα στερεότυπα και η προκατάληψη μέσα στο σύστημα υγείας μπορεί να συμβάλλουν στις παρατηρούμενες φυλετικές και εθνικές ανισότητες στην ποιότητα της περίθαλψης. (Van Ryn M, 2002) (Academies, 2002) (Chen FM, 2005)

Παρ'όλα αυτά μέσα από την εμπειρία μας αλλά και από τα εξάμηνα των εργαστηρίων μας που έγιναν στον χώρο του νοσοκομείου έχουμε διαπιστώσει ότι οι λειτουργοί υγείας, ιατροί και νοσηλευτές δεν εξέταζαν, δεν διαχώριζαν, δεν υποβίβαζαν ποτέ την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που πρόσφεραν σε σχέση με τον τρόπο καταγωγής των ασθενών.



Πηγή: Alfa Vita

Προσφυγιά

Η κατάσταση στην οποία μεγάλος πληθυσμιακός αριθμός μετακινείται μέσω εξαναγκασμού και διώκεται λόγω πολιτικών, εθνικών, φυλετικών ή θρησκευτικών διαφορών ή η πολιτική διάσταση του πολέμου του τόπου τους που τους οδηγεί σε εξορία με σκοπό την επιβίωση.



Πηγή: Allileggi.com

Μετανάστευση

Μετανάστευση ονομάζεται η γεωγραφική μετακίνηση ανθρώπων από ένα τόπο σε έναν άλλο για μόνιμη ή προσωρινή εγκατάσταση η οποία γίνεται εκούσια ή ακούσια (αναγκαστική), με στόχο την αλλαγή του τρόπου ζωής και την αναζήτηση καλύτερης τύχης. Η έννοια προέρχεται από το ρήμα μεταναστεύω και αποτελεί γενικά μια μορφή πληθυσμιακής κινητικότητας μέσα στον περιβάλλοντα χώρο.

Η προσφυγιά και η μετανάστευση θεωρούνται αλληλένδετες έννοιες. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο οι αιτίες που προκαλούν και τα δύο φαινόμενα είναι ίδιες. Μοναδική τους διαφορά αποτελούν οι επιπτώσεις τις οποίες λαμβάνει η ανθρώπινη ψυχοσύνθεση. Σαφώς τα αίτια είναι κυρίως οικονομικά και πολιτικά.

Τα κύρια αίτια που συντελούν σε τέτοιου είδους καταστάσεις είναι κυρίως τα πολιτικά συμφέροντα, χώρες οι οποίες μπορούν εύκολα να εκμεταλλευτούν και οι φιλόδοξοι κυβερνήτες. Ακόμη κοινωνικά αίτια, όπως οι συνθήκες ζωής και διαβίωσης καθώς και ο τρόπος ζωής των ανθρώπων ανάλογα με την εποχή τους. Επίσης υπάρχουν και θρησκευτικά αίτια που έχουν σχέση με την πίστη των ανθρώπων και την παραπλάνηση στην οποία μπορεί να υποκύψει η ιδιοσυγκρασία τους.

Επιπλέον, αίτια μπορούν να θεωρηθούν τα οικολογικά, τα οποία έχουν σχέση με τις περιβαλλοντικές συνθήκες κάθε τόπου, όπως τα ακραία φυσικά και καιρικά φαινόμενα (π.χ. σεισμοί, ηφαιστειακές εκρήξεις, πλημμύρες κλπ).

Η λέξη «πρόσφυγας» χρησιμοποιείται συχνά, από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τους πολιτικούς και το ευρύ κοινό, για τους ανθρώπους που αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν το συνήθη τόπο διαμονής τους λόγω πολέμου. Δε γίνεται διάκριση μεταξύ αυτών που υποχρεώθηκαν να εγκαταλείψουν τη χώρα τους και σ' εκείνους που εκτοπίστηκαν από αυτήν. Θεωρείται ότι όλοι δικαιούνται να χαρακτηρίζονται «πρόσφυγες» ανεξάρτητα από τους λόγους που τους οδήγησαν στη φυγή.

Η έννοια του πρόσφυγα στην παρούσα εργασία αναφέρεται στους ανθρώπους οι οποίοι εξαναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν την πατρίδα τους και να παραμείνουν μακριά απ' αυτήν εξαιτίας σοβαρών απειλών για τη ζωή και την ελευθερία τους.

Τα περιφερειακά όργανα των προσφύγων έχουν υιοθετήσει μία παρόμοια προσέγγιση, δίδοντας λιγότερη έμφαση στο φόβο διώξεων και περισσότερη στις αντικειμενικές συνθήκες βίας και ανασφάλειας που επικρατούν στη χώρα προέλευσης (Ελένη Κ., 2004).

Το μεταναστευτικό κύμα στην Ελλάδα έχει δει μεγάλη αύξηση και οι άνθρωποι οι οποίοι καταφεύγουν στην χώρα είναι ως επί το πλείστον πρόσφυγες. Πιο συγκεκριμένα έχει εντείνει το φαινόμενο αυτό ο πόλεμος στη Συρία καθώς μεγάλο μέρος του πληθυσμού ξεριζώνεται από την πατρίδα του απλά για να επιβιώσει. Με αυτό τον τρόπο συμπαιρένεται ότι οι μετανάστες εγκαταλείπουν τη χώρα τους εκούσια ενώ οι πρόσφυγες ακούσια. (Κώστας Δημουλάς, 1998)

Οι πρόσφυγες αναζητούν με αυτό τον τρόπο το δικαίωμα τους στη ζωή. Σε μια ζωή χωρίς διώξεις, εγκλήματα και πόλεμο. Πρωταρχικός στόχος είναι η επιβίωση και στη συνέχεια η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Γι'αυτούς τους λόγους καταφεύγουν στην Ευρώπη ζητώντας να τους παρέχει άσυλο.

Κάποια από τα δικαιώματα τους είναι:

- Άδεια διαμονής στη χώρα με ισχύ τα τρία έτη.
- Δικαίωμα αίτησης για ταξιδιωτικό έγγραφο που τους επιτρέπει να μετακινούνται ως τουρίστες σε άλλες χώρες έως 90 ημέρες.
- Δικαίωμα αίτησης για μακροπρόθεσμη άδεια παραμονής με ισχύ τα 5 έτη.
- Εκπαιδευτικές υπηρεσίες.
- Δικαίωμα εργασίας ως ελεύθερος επαγγελματίας.
- Πρόσβαση σε παροχές κοινωνικής πρόνοιας με όρους που ισχύουν για τους Έλληνες πολίτες.

- Δικαίωμα επανένωσης με τα μέλη της οικογένειας που είναι στη χώρα καταγωγής ή σε άλλη τρίτη χώρα.
- Δικαίωμα υποβολής αίτησης για ελληνική υπηκοότητα με συγκεκριμένες προϋποθέσεις. (Agency, n.d.)



Πηγή: CreteDoc

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Οι δυσκολίες κατά τη μετάβαση

Αγαθά τα οποία για τον δυτικό κόσμο είναι δεδομένα για τους πρόσφυγες αποτελούν πολυτέλεια. Η ελευθερία, η τροφή, η στέγη, η παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόληψης, η καλή ποιότητα ζωής, η εργασία και η εκπαίδευση είναι ανάγκες που φαντάζουν ουτοπικές για αυτούς τους ανθρώπους.

Οι πρόσφυγες δεν έχουν το περιθώριο να προγραμματίσουν το μέλλον τους. Δεν έχουν την επιλογή για καλές συνθήκες διαβίωσης στο κράτος τους με ελευθερία, ειρήνη και δικαιώματα. Η αγανάκτηση και ο φόβος τους οδηγεί σε ακραίους τρόπους διαφυγής από τον τόπο τους.

Άνθρωποι που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν σε περίοδο πολέμου χάνοντας γονείς, αδέρφια ενίοτε και παιδιά προσπαθούν με κάθε τρόπο να βρουν ένα παραθυράκι στο χάος που θα τους οδηγήσει στη λύτρωση. Άνθρωποι οι οποίοι είναι συνδεδεμένοι με τον τρόμο, την εκρίζωση και το θάνατο. Σε όποια ήπειρο κι αν αναζητήσουν άσυλο η δική τους πραγματικότητα βρίσκεται μέσα τους.

Το ένστικτο της επιβίωσης και της προστασίας της οικογένειάς τους, ωθεί αυτά τα άτομα να αναζητήσουν με οποιοδήποτε δυνατό τρόπο την διασφάλιση ενός ευνοϊκότερου μέλλοντος. Όπου θα μπορούν να παρέχουν στα παιδιά τους τη δυνατότητα να έχουν πρόσβαση στο εκπαιδευτικό σύστημα καθώς και σε ένα οργανωμένο σύστημα υγείας.

Όταν οι πρόσφυγες έχουν χάσει κάθε ελπίδα για τη λήξη του πολέμου και εφόσον μπορέσουν να βρουν μια θέση σε κάποια βάρκα για την Ευρώπη, ξεκινούν ένα ταξίδι που ορισμένες φορές μπορεί να καταλήξει αισίως και άλλες φορές σε τραγωδία. Με την άφιξη τους στην εκάστοτε περιοχή οι αρχές αναζητούν λύσεις για την προσωρινή τους “φιλοξενία”.

Οι εκάστοτε κυβερνήσεις με την άφιξη των προσφύγων δεν έχουν ήδη ένα οργανωμένο πλάνο αντιμετώπισης της κατάστασης. Κατά την άφιξη τους λοιπόν δύναται να διαχειριστούν το πλήθος των προσφύγων, προσπαθώντας παράλληλα να υπολογίσουν τις ανάγκες που υπάρχουν. Ερχόμενοι αυτοί οι άνθρωποι είναι ταλαιπωρημένοι καθώς

για καιρό ήταν υποσιτιζόμενοι καιστριμωγμένοι. Χωρίς να υπάρχουν κανόνες υγιεινής, παροχή ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης σε άτομα που ίσως να την χρειάζονταν.

Πολλοί από αυτούς χρειάζονται άμεσα υπηρεσίες υγείας, συνήθως νεογνά και οι μητέρες, παιδιά ή ηλικιωμένοι. Φτάνοντας στους καταυλισμούς οι εγκαταστάσεις είναι οριακά ανεκτές. Δεν έχουν προβλέψει οι αρμόδιοι τυχόν ακραία καιρικά φαινόμενα καύσωνες, βροχές, χιόνι και παγωνιά. Οπότε και σε αυτό το σημείο του “ταξιδιού” προς την αναζήτηση ασύλου προκύπτουν πολλές δυσκολίες.

Οι φυσικές ανάγκες στους καταυλισμούς φαντάζουν βουνό καθώς οι πρόσφυγες αφού μπορέσουν να βρουν μια θέση στις υπερπλήρεις διαθέσιμες εγκαταστάσεις χρειάζεται να περιμένουν για ώρες για να έχουν πρόσβαση στην τουαλέτα ή για να πάρουν λίγο φαγητό. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι ανάγκες σίτισης αυτών των ανθρώπων είναι αυξημένες. Οπότε και σε αυτή την περίπτωση ξεκινά ξανά ο αγώνας της επιβίωσης. (DelanDevakumar, 2015)

Πρωταρχικό ρόλο για την υγιή ανάπτυξη των παιδιών έχει η διατροφή. Οικογένειες στους καταυλισμούς ζουν στην ανέχεια και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να καλύψουν τη βέλτιστη πρόσληψη θρεπτικής τροφής. Γενικότερα τα παιδιά των προσφύγων συχνά λόγω του τρόπου ζωής τους αντιμετωπίζουν προβλήματα στην θρέψη, την κοινωνική συμπεριφορά, την πνευματική, ψυχολογική και σωματική ανάπτυξη. Η φτώχεια, η παραμέληση από τους γονείς ή η χαμηλή μόρφωση τους μπορεί ακόμα και στις ανεπτυγμένες χώρες να οδηγήσει σε πρωτογενή υποθρεψία.

Η υποθρεψία επηρεάζει πολλές λειτουργίες του οργανισμού όπως είναι η επούλωση τραυμάτων και η ανοσία. Επίσης, μέσω αυτής της παραμέτρου αυξάνεται η νοσηρότητα και η θνησιμότητα μετά από χειρουργικές επεμβάσεις. Τα παιδιά που δεν σιτίζονται σωστά μπορεί να έχουν μειωμένη δραστηριότητα και να είναι απαθή, όπου σε βαριά μορφή μπορεί να προκληθεί μη αναστρέψιμη καθυστέρηση της διανοητικής ανάπτυξης. (Dougherty, 2005)

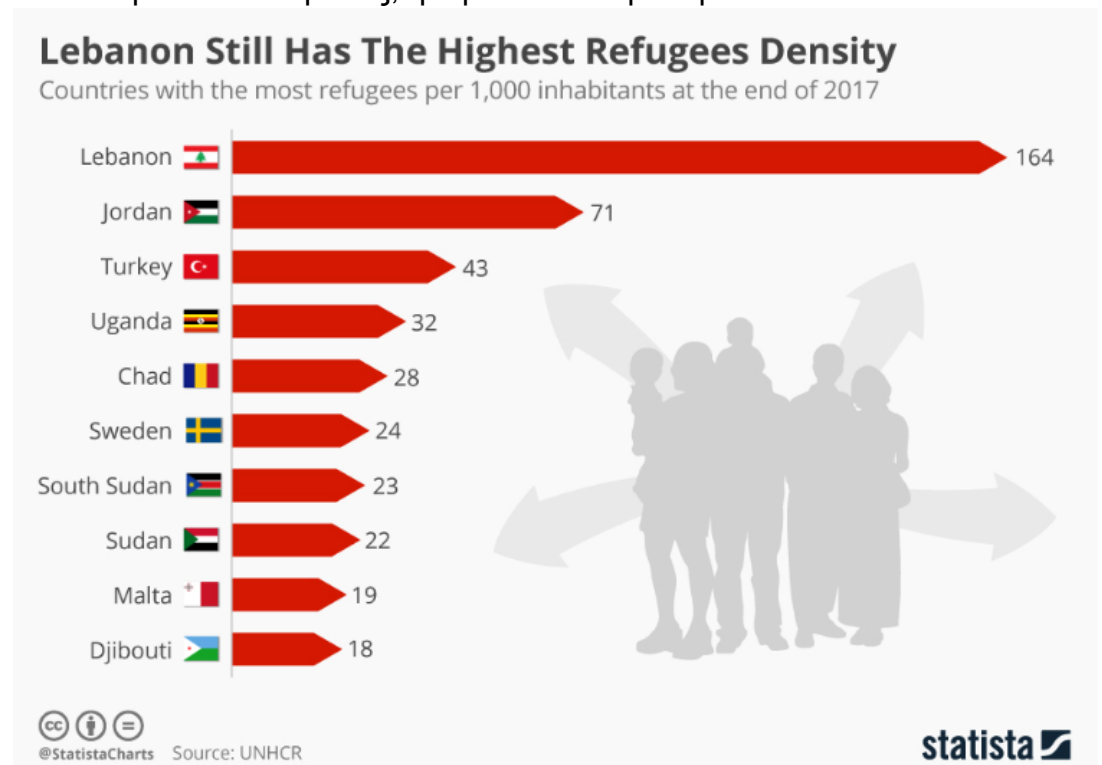
Παράλληλα με το πρόβλημα της σίτισης στους καταυλισμούς, μια επιπλέον δυσκολία είναι η εξέταση των προσφύγων για τυχόν προβλήματα υγείας, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε όσους τη χρειάζονται λόγω κάποιας χρόνιας νόσου ή λόγω κάποιου οξέος προβλήματος. Προσπάθεια να καλυφθεί αυτή η ανάγκη

γίνεται από ομάδες εθελοντών, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς και σε ένα βαθμό από τους ανθρώπους της τοπικής κοινότητας. Το κράτος καταβάλλει επίσης προσπάθειες για την αντιμετώπιση των δυσκολιών που φέρνει το κύμα των προσφύγων καθώς βρίσκεται στο επίκεντρο των σχολιασμών.

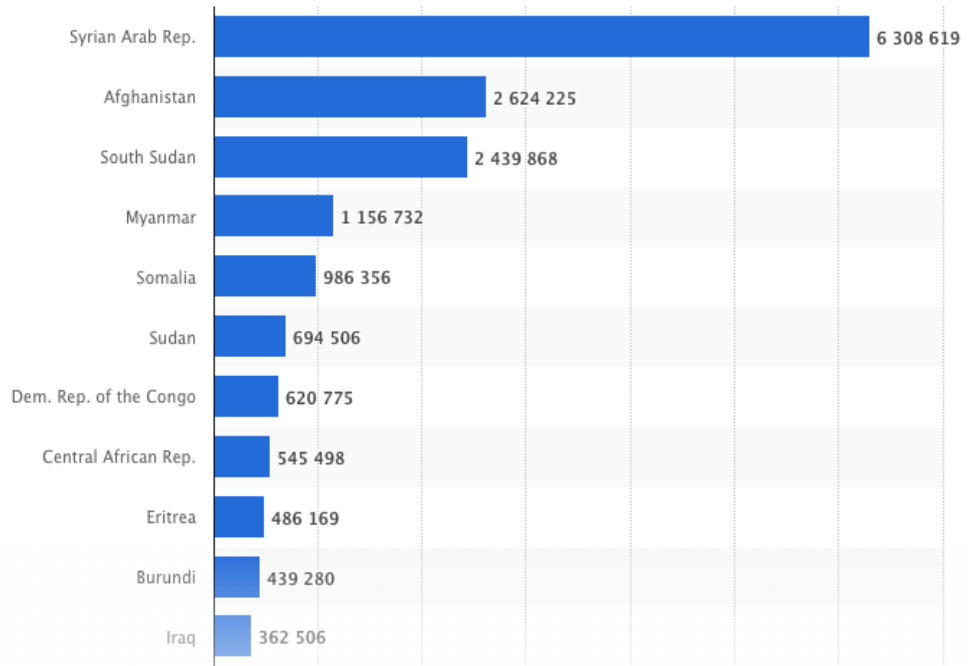
Άλλες χώρες υποδοχής προσφύγων

Το προσφυγικό είναι ένα ζήτημα που ταλανίζει ανά περιόδους λιγότερο ή περισσότερο τα κράτη που υποδέχονται τους πρόσφυγες. Η Ευρωπαϊκή Ένωση υποστηρίζει οικονομικά την Τουρκία, την Ιταλία και την Ελλάδα οι οποίες δέχονται μεγάλο αριθμό προσφύγων. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017)

Οι χώρες με το μεγαλύτερο πλήθος προσφύγων κατά σειρά είναι ο Λίβανος, η Ιορδανία και η Τουρκία.



Στο τέλος του 2017, τα δύο τρίτα - το 68% - όλων των προσφύγων προέρχονταν από πέντε χώρες: Συρία, Αφγανιστάν, Νότιο Σουδάν, Μυανμάρ και Σομαλία.



Πηγή: Statista

Η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ το 2018 συμπληρωματικά με το παγκόσμιο σύμφωνο του 1951 συμφώνησε ότι το προσφυγικό ρεύμα πρέπει να τίθεται υπό διαχείριση συλλογικά. Σύμφωνα με αυτό πρέπει να κατανέμεται το κύμα των προσφύγων παγκοσμίως και ανάλογα με τις ανάγκες να υπάρχει υποστήριξη στις χώρες που φιλοξενούν περισσότερους πρόσφυγες έτσι ώστε η παροχή βοήθειας προς τους πρόσφυγες να είναι πιο ποιοτική. (Agency, n.d.)

Η Ευρωπαϊκή Ένωση σε αυτά τα πλαίσια δέσμευσε τα κράτη μέλη της να δεχτούν πρόσφυγες στα πλαίσια του προγράμματος επείγουσας μετεγκατάστασης για να ελαφρύνει το έργο των χωρών με το μεγαλύτερο αριθμό αιτούντων άσυλο. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017)

Δυστυχώς αυτό δεν επιτυγχάνεται πάντα καθώς η διέλευση των προσφύγων είναι απρόσμενη. Πολλές φορές ο αριθμός των ανθρώπων που ψάχνουν άσυλο και το πλήθος των αναγκών τους σπάει ρεκόρ. Αναφορικά με στοιχεία του ΟΗΕ οι περισσότεροι πρόσφυγες που έχουν βρει άσυλο έχουν περιορισμένη πρόσβαση στην υγεία. (Agency, n.d.)

Όπως και στην Ελλάδα έτσι και σε όλες τις χώρες που υποδέχονται πρόσφυγες είτε με προθυμία είτε κάποιες φορές αναγκαστικά ώσπου να βρεθεί μια καλύτερη λύση, οι συνθήκες διαβίωσης στους καταυλισμούς είναι φτωχές. Οι πρόσφυγες φεύγουν από τον τόπο τους αναζητώντας καταφύγιο δίχως να θέλουν να επιστρέψουν πίσω.

Έρχονται ξανά αντιμέτωποι με αυτό το συναίσθημα δυσαρέσκειας κατά την παραμονή τους στους καταυλισμούς. (HealthR. M., 2018)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Δυσκολίες κατά την νοσηλεία

Η υγεία των παιδιών των προσφύγων σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας τους πριν από το ταξίδι τους και τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν σε όλες τις φάσεις του ταξιδιού τους και του διακανονισμού στη χώρα προορισμού. Συνεπώς οι κίνδυνοι για ένα παιδί θα διαφέρουν ανάλογα με τις ιδιαίτερες εμπειρίες του παιδιού στο σπίτι, κατά τη διάρκεια του ταξιδιού και μετά την άφιξή του στη χώρα προσέλευσης.

Υπάρχουν πολλοί βασικοί λόγοι που αναγκάζουν τους πρόσφυγες και τα παιδιά τους να φύγουν από τη χώρα τους. Μπορεί να διαφεύγουν από τον πόλεμο και τις συγκρούσεις, μπορεί να έχουν καταπατηθεί τα δικαιώματά τους, να έχουν υποστεί βασανιστήρια, σεξουαλική βία ή τέλος να ζουν σε ακραίες συνθήκες φτώχειας. Σε ζώνες συγκρούσεων η υγειονομική περίθαλψη συχνά διαταράσσεται και έχει άλλες προτεραιότητες από την πρόληψη. Ως εκ τούτου τα παιδιά ενδέχεται να μην έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για παρατεταμένες χρονικές περιόδους και να είναι ευάλωτα σε ασθένειες που δεν έχουν περιορίσει μέσω του συστηματικού και οργανωμένου εμβολιασμού. (JeanineSuurmond, 2011)

Υποθρεψία, χρόνιες λοιμώξεις και μη-μεταδοτικές ασθένειες μπορεί επίσης να επηρεάσουν τα παιδιά προσφύγων, αν και η επιδημιολογία ποικίλλει ανάλογα με το κοινωνικό υπόβαθρο και τις εκθέσεις στη χώρα προέλευσης.



Πηγή: lifo.gr

Ανάλογα με τη διαδρομή, τη μέθοδο και το μήκος του ταξιδιού το ταξίδι παρουσιάζει διαφορετικές προκλήσεις. Κατά τη διέλευση τους στο Αιγαίο Πέλαγος μεταξύ της Τουρκίας, της Ελλάδας και της Μεσογείου μεταξύ της Λιβύης και της νότιας Ευρώπης, πολλά παιδιά έχουν πνιγεί. Τα βρέφη που γεννιούνται κατά τη διάρκεια του ταξιδιού διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της υποθερμίας, της σηψαιμίας, της μηνιγγίτιδας και της πνευμονίας. Αυτά τα βρέφη υποφέρουν από την ελλιπή σίτιση, ιδιαίτερα επειδή ο θηλασμός αποτελεί πρόκληση για τις μητέρες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους.

Η αφυδάτωση και οι δερματολογικές ασθένειες είναι εξίσου συχνό φαινόμενο καθώς συνδέονται με την κακή υγιεινή και τις κακές συνθήκες. Ακόμα μπορεί να υποστούν τραυματικές βλάβες τόσο από πιθανή άσκηση βίας όσο και από τα ατυχήματα κατά την διάρκεια του ταξιδιού. Έχει σημειωθεί δραματική αύξηση τα τελευταία χρόνια όσον αφορά τον αριθμό των παιδιών που διαφεύγουν στη νότια Ευρώπη και έχουν υποβληθεί σε φυλάκιση, σεξουαλική βία και απαγωγή κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους, αυξάνοντας τον κίνδυνο τόσο ψυχικών όσο και σωματικών προβλημάτων υγείας.

Ένας άλλος κοινός κίνδυνος είναι ο διαχωρισμός των παιδιών από την οικογένεια τους κατά τη διάρκεια του ταξιδιού. Τα παιδιά μπορούν να περνούν το χρόνο τους σε καταλύματα με ανεπαρκείς εγκαταστάσεις υγιεινής γεγονός που τα θέτει σε κίνδυνο για γαστρεντερικές διαταραχές, λοιμώξεις του αναπνευστικού, δερματικές λοιμώξεις και άλλες μεταδοτικές ασθένειες.

Αφού φθάσουν στη χώρα προορισμού οι συνθήκες διαβίωσης των παιδιών και των οικογενειών κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου είναι συχνά στρεσογόνες,

συμπεριλαμβανομένης της συχνής μετακίνησης, έλλειψη παιχνιδιών ή χώρων για παιχνίδι, περιορισμένη πρόσβαση στο σχολείο και κοινωνική απομόνωση από τους συνομηλίκους. Οι οικογένειες τους μπορεί να αγωνιστούν για την πρόσβαση των παιδιών τους στην εκπαίδευση. Αυτή η πρόκληση θέτει τα παιδιά σε κίνδυνο για καθυστερημένη μάθηση και χρησιμεύει επίσης ως εμπόδιο στην κατάλληλη για την ηλικία τους ενσωμάτωση στην σχολική εκπαίδευση.

Τα παιδιά προσφύγων με χρόνια προβλήματα υγείας και αναπηρίες βρίσκονται στο ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο για αποκλεισμό από την εκπαίδευση και μπορεί να έχουν χαμηλότερα επίπεδα συμμετοχής στην κοινωνία από άλλα παιδιά με ειδικές ανάγκες. Γλωσσικά εμπόδια, πολιτισμικές διαφορές, το νέο και άγνωστο περιβάλλον στη χώρα υποδοχής μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη υγειονομική περίθαλψη ή στην ακατάλληλη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Πληθυσμοί με ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο είναι οι παράνομοι για παράδειγμα πρόσφυγες οι οποίοι δεν διαθέτουν πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά τους. Σαφώς τα παιδιά μεταναστών έχουν διαφορετικό υπόβαθρο, προέρχονται από χώρες με διαφορετικά κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης και από διαφορετικά κοινωνικά στρώματα. Κατά συνέπεια, η κατάσταση υγείας στον πληθυσμό των προσφύγων και των παιδιών μεταναστών ποικίλλει σημαντικά. Παρ'όλα αυτά, η κατάστασή τους και η έκθεση τους στους παράγοντες κινδύνου που περιγράφονται πιο πάνω τους καθιστούν ευάλωτους στην ανάπτυξη προβλημάτων υγείας.

Τα άγνωστα προβλήματα υγείας και οι μη αναγνωρισμένες αναπηρίες μπορεί να έχουν μακροπρόθεσμα συνέπειες στην ευημερία, τη μάθηση και την ομαλή ένταξη των παιδιών στην νέα χώρα. Αξιολογήσεις υγείας που γίνονται με σαφή δομή, με τη συμμετοχή ειδικευμένων ιατρικών διερμηνέων που θα κατάγονται από την χώρα προέλευσης των προσφύγων που θα μπορεί να εξηγήσει επαρκώς την αναγκαιότητα των ιατρικών παρεμβάσεων αλλά και να μεταφέρει την γνώση του για τα ήθη και τις ιδιαιτερότητες των προσφύγων στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ώστε να υπάρχει εξατομικευμένη παροχή υπηρεσιών και με τη συνεργασία ειδικών, μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα ανίχνευσης σημαντικών προβλημάτων υγείας.

Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τις ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις ως αρνητικά γεγονότα κάποιες φορές

καταχρηστικά, δυνητικά επικίνδυνα ή και απειλητικά για την ζωή. Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται τις παρεμβάσεις θεωρείται σημαντική πηγή πληροφοριών σχετικά με προβλήματα ή συμβάντα στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Οι παρατηρήσεις τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και της ασφάλειας.

Παρότι έχει αναγνωριστεί ότι όλοι οι ασθενείς δεν μπορούν ή δεν είναι πρόθυμοι να εντοπίσουν προβλήματα στη φροντίδα τους, τα σφάλματα που ανιχνεύονται από τους ασθενείς δεν αναγνωρίζονται εύκολα με άλλα μέσα, όπως οι εκθέσεις των επαγγελματιών του τομέα της υγείας ή οι ιατρικές ανασκοπήσεις. Οι αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τα προβλήματα και τα περιστατικά μπορούν έτσι να συμβάλλουν στην ευρύτερη κατανόηση των προβλημάτων στην περίθαλψη των ασθενών.

Οι ασθενείς μπορεί να είναι ιδιαίτερα ικανοί να αναφέρουν διαπροσωπικά προβλήματα, όπως έλλειψη σεβασμού ή ανεπαρκή πληροφόρηση, καθώς και περιστατικά που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας. Ωστόσο οι ασθενείς ενδέχεται να μην είναι σε θέση να παρατηρήσουν λάθη στην νοσηλεία και στην ορθότητα των ιατρικών αποφάσεων.

Τα προβλήματα και τα περιστατικά στην υγειονομική περίθαλψη σπάνια περιλαμβάνουν ασθενείς με εθνική μειονότητα. Το γεγονός ότι μπορεί να είναι σημαντικό να συμπεριληφθούν οι αντιλήψεις των εθνικών μειονοτήτων για προβλήματα και περιστατικά στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης αποδεικνύεται από το μεγάλο αριθμό μελετών που τεκμηριώνουν τις φυλετικές/ εθνικές ανισότητες στη διάγνωση και τη θεραπεία διαφόρων συνθηκών.

Οι γλωσσικές διαφορές μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς καθώς και η χρήση οικογένειας ή φίλων ως διερμηνέων αντί για επαγγελματίες διερμηνείς μπορεί να οδηγήσουν σε σφάλματα και περιστατικά με πιθανές σοβαρές κλινικές συνέπειες. Μια καλή πρόταση θα ήταν να υπάρχει ένα γραφείο διερμηνέων για τους πρόσφυγες μέσα στο νοσοκομείο που θα βρίσκονται μέσα στο χώρο συνέχεια και θα καλούνται σε τμήματα που νοσηλεύονται πρόσφυγες όποια στιγμή της ημέρας κριθεί απαραίτητο.

Η παρενόχληση, τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και η κλινική αβεβαιότητα εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας μπορεί να συμβάλλουν στις φυλετικές και εθνικές ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη.

Οι πρόσφυγες κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους αντιμετωπίζουν δυσκολίες όπως ανεπαρκής ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ του επαγγελματία υγείας και ασθενούς, απροσδόκητες διαφορές μεταξύ των προσδοκιών του.

Η εμπειρία ξένων ή μη αναμενόμενων συμβάντων μπορεί επίσης να οδηγήσει σε χαμηλή εμπιστοσύνη. Η χαμηλή εμπιστοσύνη όμως συνδέεται και με χαμηλότερη ικανοποίηση όσον αφορά την φροντίδα, χαμηλότερη τήρηση των συστάσεων για τη θεραπεία, χειρότερη δημόσια υγεία και τέλος μειωμένη προθυμία για αναζήτηση φροντίδας και βοήθειας.

Η εμπιστοσύνη αφανίζεται όταν η νοσηλεία αφορά παιδιά. Αν για τους ενήλικες πρόσφυγες είναι δύσκολο να επικοινωνήσουν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, για τα προσφυγόπουλα συνήθως είναι αδύνατο. Όταν το παιδί είναι μεγαλύτερο από 1 έτους είναι σε θέση να αρθρώσει κάποιες λέξεις ώστε να επικοινωνήσει για τυχόν ανάγκες όπως ο πόνος. Σε ένα ξένο περιβάλλον που κανένας δεν ομιλεί τη μητρική του γλώσσα αυτομάτως η επικοινωνία καθίσταται αδύνατη. (AndersHjern, 2018)

Μετά το πέρας της νοσηλείας, αφού το παιδί ξεπεράσει τον κίνδυνο, θεραπευτεί και είναι η ώρα να βγει από το νοσοκομείο το πρόβλημα της επικοινωνίας έρχεται για άλλη μια φορά στο προσκήνιο. Κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο ίσως χρειαστεί να λάβουν φαρμακευτική αγωγή στο σπίτι ή αν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε κάποιο χειρουργείο τότε ο περίγυρος του θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσει τις οδηγίες για τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι.

Η δυσκολία της επικοινωνίας επηρεάζει άμεσα την εξέλιξη της βελτίωσης της υγείας του ασθενούς. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα ήταν καλό μια πιο ελεγχόμενη παροχή φροντίδας όπου ο διερμηνέας θα μπορεί να εξηγήσει στους κηδεμόνες τις οδηγίες που έχει δώσει ο γιατρός για τη φροντίδα στο σπίτι και την παρακολούθηση του σε βάθος χρόνου μέχρι την πλήρη ανάρρωση.

Σε τακτά χρονικά διαστήματα θα έπρεπε να παρακολουθείται η αύξηση και η ανάπτυξη των παιδιών. Καθώς με αυτό τον τρόπο προλαμβάνονται οι ασθένειες και μέσω της παροχής πληροφοριών στους γονείς προάγεται η υγεία και η πρόληψη καθώς η κληρονομιά του πολέμου προκαλεί βλάβες στην υγεία των παιδιών και ακόμα μπορεί να επηρεάσει τις επόμενες γενιές.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τα παιδιά που νοσηλεύτηκαν στη μονάδα εντατικής θεραπείας παιδιών ή

νεογνών μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο είναι ο συστηματικός έλεγχος τους από τους επαγγελματίες υγείας. Ειδικοί ιατροί και εξειδικευμένο προσωπικό παρακολουθεί μακροχρόνια την εξέλιξη της υγείας του παιδιού. Αυτό συμβάλλει στην πρώιμη ανίχνευση ασθενειών που ίσως να εμφανίσουν μελλοντικά.

Αυτές οι διαδικασίες ορίζουν την μέθοδο «follow-up» η οποία όλο και περισσότερο κατακτά έδαφος στο σύστημα της πρόληψης και διατήρησης της υγείας.

Follow-up Instructions

Keep this page and take it with you to your next appointment.

Follow **only** the instructions checked below.

- Call your doctor or the Emergency Department if you develop any unusual signs or symptoms within the next 24 hours, especially:

- No follow-up appointment is necessary unless you develop any of the symptoms listed above.
- Call for an appointment with Dr. _____ in the practice of _____.
When you call for your appointment, please say that you were treated in the Emergency Department at _____ Hospital by _____ and were advised to be seen again in _____ days.
- Return to the Emergency Department/Clinic on _____ (date) at _____ AM/PM for a follow-up examination.
- Do not perform vigorous physical activities for 1 to 2 days.
- You may resume everyday activities including driving and operating machinery.
- Do not return to work for _____ days.
- You may return to work on a limited basis. See instructions below.
- Avoid exposure to cigarette smoke for 72 hours; smoke may worsen the condition of your lungs.
- Avoid drinking alcoholic beverages for at least 24 hours; alcohol may worsen injury to your stomach or have other effects.
- Avoid taking the following medications: _____

- You may continue taking the following medication(s) that your doctor(s) prescribed for you:

- Other instructions:

- Provide the Emergency Department with the name and the number of your primary care physician so that the ED can send him or her a record of your emergency department visit.

- You or your physician can get more information on the chemical by contacting:
----- or -----, or by checking out
the following Internet Web sites: -----;
-----.

Signature of patient ----- Date -----

Signature of physician ----- Date -----

Adapted from [Medical Management Guidelines](#) (ATSDR/CDC)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ 4-5-6

Ατυχήματα

Το ατύχημα είναι ένα δυσάρεστο συμβάν, που γίνεται ακούσια και εντελώς τυχαία. Γίνεται πολύ δυσάρεστο όμως όταν έχει σχέση με μικρά παιδιά τα οποία λόγω της άγνοιας του κινδύνου είναι συχνά επιρρεπή στα ατυχήματα. (Αξιωτέλλης, 1993)

Τα ατυχήματα σε παιδιά ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων στον δυτικό κόσμο σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη νοσολογική οντότητα. Για να είναι ασφαλή τα παιδιά και όχι τόσο επιρρεπή σε περιβαλλοντικούς κινδύνους χρειάζονται δίπλα τους γονείς αλλά και ένα υγιές περιβάλλον που θα τα προστατεύει.

Μέσα σε αυτούς τους κινδύνους είναι τα ατυχήματα, τα τραύματα κεφαλής, τα εσωτερικά τραύματα, τα εγκαύματα, οι πνιγμοί και παρ'ολίγον πνιγμοί, ασφυξία, στραγγαλισμός, δηλητηριάσεις, τα κατάγματα και δήγματα σκύλων.

Τα παιδιά δεν είναι σε θέση από μόνα τους να προστατέψουν πλήρως τον εαυτό τους, μεγάλη ευθύνη έχουν οι γονείς αλλά και γενικότερα η οικογένεια τους. Βέβαια εκτός από τους γονείς και την οικογένεια σημαντικό ρόλο αποτελούν οι επαγγελματίες υγείας αλλά και η κοινωνία. Παιδιά τα οποία μεγαλώνουν σε συνθήκες πολέμου είναι πλήρως εκτεθειμένα.

Ο κίνδυνος περιβαλλοντικών κινδύνων αυξάνεται λόγω:

- Φτώχειας
- Φτωχές συνθήκες στέγασης ή συγκατοίκηση με πολλά άτομα.
- Φτωχές ικανότητες των γονέων, που μπορεί να οφείλονται σε ψυχιατρικό νόσημα των γονέων, βίαιη ψυχοσύνθεση, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. (Tom Lissauer, 2008)

Στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα τα ατυχήματα αποτελούν το πρωταρχικό πρόβλημα δημόσιας υγείας στη νεαρή ηλικία, επειδή

προκαλούν τους περισσότερους θανάτους συγκριτικά με τις υπόλοιπες παιδικές ασθένειες και αποτελούν το κύριο αίτιο της παιδικής αναπηρίας. Κατά το έτος 1991, το ποσοστό θνησιμότητας λόγω ατυχημάτων παιδιών ηλικίας 5–9 ετών ήταν 57,5% και παιδιών ηλικίας 10–14 ετών ήταν 65%. Το 1992, τα ατυχήματα στοίχισαν τη ζωή 862 νέων κάτω των 24 ετών στην πατρίδα μας .

Από τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας προκύπτει ότι καθώς περνούν τα χρόνια μειώνεται ο αριθμός των παιδιών που πεθαίνουν από τις συνηθισμένες παιδικές ασθένειες ή συγγενείς ανωμαλίες, ενώ αντίθετα αυξάνεται σταθερά ο αριθμός των παιδιών που πεθαίνουν από ατυχήματα.

Το μεγαλύτερο αριθμό των θανατηφόρων ατυχημάτων στα παιδιά της πρώτης σχολικής ηλικίας προκαλεί η εμπλοκή σε τροχαίο ατύχημα, με αυξημένο το ποσοστό των παιδιών που παρασύρονται από τροχοφόρα. Αθροιστικά το σύνολο των τροχαίων ατυχημάτων, στα οποία τα παιδιά συμμετέχουν είτε ως πεζοί είτε ως επιβάτες ευθύνεται για τα τρία πέμπτα των θανάτων παιδιών αυτής της ηλικίας.

Για τα παιδιά των προσφύγων υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ατυχημάτων με μόνιμες ή παροδικές βλάβες στο πεδίο της μάχης, κατά την μετάβαση τους στην Ευρώπη και αφού αφεθούν σε μη ελεγχόμενο περιβάλλον στον τόπο παραλαβής. Ο πόλεμος μπορεί να αποβεί μοιραίος κυρίως για τα παιδιά καθώς μπορεί να τα τραυματίσει, να τα οδηγήσει σε ακρωτηριασμό ή στο θάνατο. Κατά το ταξίδι της προσφυγιάς μπορεί να έχουν ατυχήματα στη θάλασσα. Κατά την άφιξη τους στην εκάστοτε χώρα καθώς και στην Ελλάδα κινδυνεύουν να παρασυρθούν από το πλήθος ή από τα αυτοκίνητα στους δρόμους. (ΣΤΟΪΚΙΔΟΥ, 2006)



Πηγή: Infokids.gr

Πρόληψη ατυχημάτων

Για να μειωθεί το ποσοστό ατυχημάτων πρέπει να τηρηθούν κάποια μέτρα πρόληψης όπως η τοποθέτηση ειδικής σήμανσης στο δρόμους κοντά στα σημεία συγκέντρωσης.

Παράγοντες κινδύνου

Φύλο: Τα αγόρια συνήθως λόγω της επιθετικότητας.

Άγχος και φόβος: Προδιαθέτει τα παιδιά σε υπερβολικά ριψοκίνδυνες και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

Ιστορικό προηγούμενων τραυματισμών: Σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα επόμενου τραυματισμού, ειδικά αν ο αρχικός τραυματισμός απαιτούσε νοσοκομειακή περίθαλψη.

Χαρακτηριστικά ανάπτυξης: Όταν δεν συμβαδίζουν το επίπεδο ανάπτυξης του παιδιού με τις δεξιότητες που απαιτούνται για μία δραστηριότητα.

Φυσική περιέργεια να ανακαλύψουν το περιβάλλον.

Επιθυμία να επιβάλλουν τους δικούς τους κανόνες.

Στα μεγαλύτερα παιδιά, επιθυμία να γίνουν αποδεκτοί από την παρέα συνομήλικων.

Ηλικία: Τα μικρά παιδιά αγνοούν τους επακόλουθους κινδύνους που μπορεί να έχει μια πράξη, έτσι θα πρέπει να μάθει από τις εμπειρίες τη διαφορετικότητα του κινδύνου. (Health D. ο., 1996)

Εγκαύματα

Τα εγκαύματα είναι πολύ συχνά στα παιδιά και ιδιαίτερα τους καλοκαιρινούς μήνες λόγω της παρατεταμένης έκθεσης τους στον ήλιο, στο αυτοκίνητο εάν δεν έχει τοποθετηθεί κουκούλα από το καυτό μέταλλο της ζώνης, στις παιδικές χαρές, την βεράντα και τους κήπους από τις καυτές από τον ήλιο επιφάνειες, εάν οι γονείς είναι κάτοχοι δίκυκλου από την καυτή εξάτμιση. Εγκαύματα μπορούν να πραγματοποιηθούν στην κουζίνα, το μπάνιο και όταν οι γονείς είναι καπνιστές.



Πηγή: telegrafi.com

Πρόληψη εγκαυμάτων

Για να αποφευχθούν τα εγκαύματα τα παιδιά πρέπει να βγαίνουν έξω τις πολύ πρωινές ώρες ή αργά το απόγευμα. Να είναι καλυμμένο το αυτοκίνητο με κουκούλα και να βρίσκονται τα παιδιά μακριά από τις μοτοσυκλέτες. Όσο αφορά τον εσωτερικό χώρο στην κουζίνα θα πρέπει να μην καταναλώνεται καυτή τροφή και ροφήματα και να μην βρίσκεται το παιδί κοντά κατά τη διάρκεια του μαγειρέματος. Στο μπάνιο ρύθμιση θερμοκρασίας στο νερό μπάνιου με θερμοστάτη, δοκιμή νερού πριν το μπάνιο και συνεχή επιτήρηση των παιδιών κατά τη διάρκεια του μπάνιου. (TomLissauer, 2008)

Πνιγμοί

Πνιγμοί και παρ' ολίγον πνιγμοί έχουν θύματα νεαρά παιδιά. Πολλά από αυτά μπορούν να αποτραπούν ακόμα κι αν το παιδί έχει απώλεια συνείδησης. Η συνήθης αιτία είναι η εμβύθιση τους σε νερό. Παρατηρείται πολύ συχνά στα προσφυγόπουλα τα οποία κατά τη διάρκεια ταξιδιού βρίσκονται στη θάλασσα και μόλις εντοπιστούν από τις αρχές προσκομίζονται στα διαθέσιμα νοσηλευτικά ιδρύματα/νοσοκομεία.



Πηγή: newpost.com

Πνιγμονή

Η πνιγμονή μπορεί να πραγματοποιηθεί με εμέσματα παιχνίδια ή τροφές συνήθως λόγω ατυχήματος και σε σπάνιες περιπτώσεις ηθελημένα.

Δηλητηριάσεις

Η μεγάλη πλειονότητα των περιστατικών οφείλονται σε δηλητηριάσεις, σκόπιμες δηλητηριάσεις μεγαλύτερων παιδιών, στα πλαίσια της παιδικής κακοποίησης και χρόνια δηλητηρίαση λόγω έκθεσης σε χημικές ουσίες.

Για την αποφυγή των δηλητηριάσεων πρέπει να μην είναι σε προσβάσιμα σημεία χημικές ουσίες, φάρμακα, χαλασμένες τροφές ή μη φαγώσιμες ύλες. (TomLissauer, 2008)

Τα παιδιά χρήζουν υψηλής φροντίδας και προστασίας όμως από αρχαιότατων χρόνων κάποιοι γονείς ή όσοι τα φροντίζουν έχει αναφερθεί ότι τα κακοποίησαν σωματικά, σεξουαλικά, ψυχικά ή τα παραμέλησαν. Κάποιοι τρόποι αντιμετώπισης είναι η μη απόκρυψη τέτοιων καταστάσεων, η διερεύνηση της συμπεριφοράς των φροντιστών των παιδιών και η διερεύνηση της καταλληλότητας του περιγυρου.

Τα δικαιώματα τους κατοχυρώθηκαν και με το πέρασμα των χρόνων οτιδήποτε δεν δείχνει σεβασμό απέναντι στα παιδιά δεν είναι αποδεκτό. Πιο αναλυτικά τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται από κάθε μορφής κακοποίηση, εκμετάλλευση, διάκριση και ρατσισμό. Απαραίτητη σε αυτά είναι η παροχή δικαιώματος στην εκπαίδευση, την υγεία, την ψυχαγωγία και την πληροφόρηση. (Συνήγορος του Πολίτη)

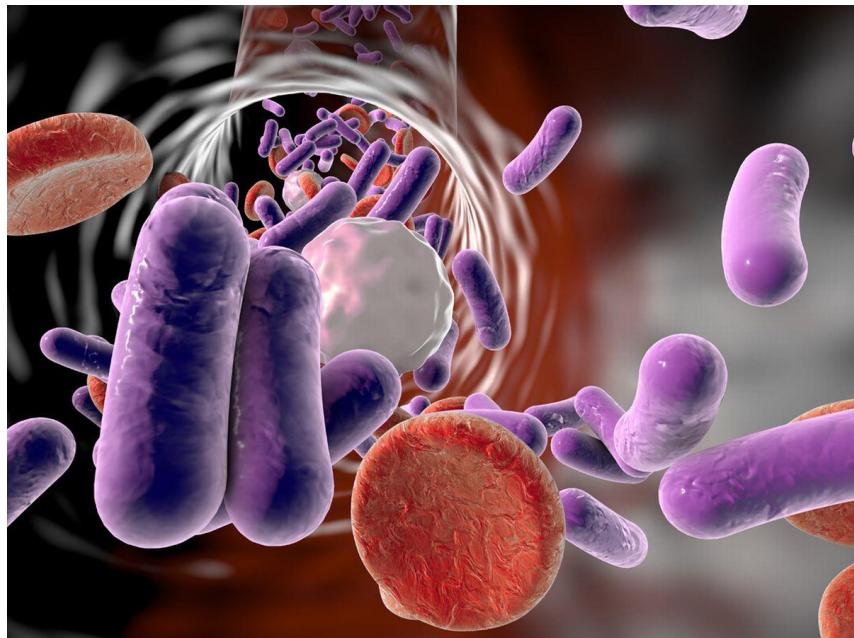


Πηγή: lifo.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Λοιμώδη νοσήματα

Τα λοιμώδη νοσήματα στην παιδική ηλικία αποτελούν την πρώτη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας για ποικίλους λόγους παρά την ύπαρξη πολλών μεθόδων και τεχνικών της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής. Αυτή η κατάσταση είναι χειρότερη κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες εξαιτίας των συνθηκών υγιεινής, των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, του χαμηλού επιπέδου μόρφωσης και του ανεπαρκούς υγειονομικού συστήματος. (Παυλοπούλου, 2003)



Πηγή: Healthweb.gr

Μικροβιακές λοιμώξεις

Οξεία μικροβιακή μηνιγγίτιδα

Οι μικροοργανισμοί που προκαλούν μηνιγγίτιδα είναι το κολοβακτηρίδιο και ο β αιμολυτικός στρεπτόκοκκος της ομάδας Β. Η μηνιγγίτιδα οφείλεται συνήθως σε αιματογενή διασπορά των μικροβίων. Προδιαθεσικοί παράγοντες της νόσου αποτελούν οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού, η προωρότητα, το άρρεν φύλο και η μηνιγγομυελοκλήλη. (Παυλοπούλου, 2003)

Τα συμπτώματα της μηνιγγίτιδας είναι τα ίδια με αυτά της σηψαιμίας, γι' αυτό και σε κάθε παιδί με ύποπτη ή βέβαιη σηψαιμία επιβάλλεται να γίνεται οσφυονωτιαία παρακέντηση. Συχνά, μη ειδικά συμπτώματα κατά την έναρξη της νόσου είναι ο πυρετός (50%), η αναπνευστική δυσχέρεια, ο ίκτερος, η δυσχέρεια στη σίτιση, οι εμετοί, η διάρροια και η γαστρική διάταση. Στο 1/3 των περιπτώσεων υπάρχει λήθαργος, ευερεθιστότητα και υποτονία. Σπασμοί συμβαίνουν στο 40% των νεογνών και οφείλονται σε άμεση φλεγμονή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) ή σε υπογλυκαιμία ή υπασβεστιαίμια. Σε κάθε παιδί με υποψία μηνιγγίτιδας λαμβάνεται κ/α αίματος και κ/α ούρων.

Οι επιπλοκές της μηνιγγίτιδας είναι οι εξής:

- Αρθρίτιδα
- Μυοκαρδίτιδα
- Περικαρδίτιδα
- Βαρηκοΐα
- Υδροκεφαλία
- Απόστημα
- Νευρολογικό έλλειμμα
- Απώλεια όρασης

Για ορισμένες μορφές μηνιγγίτιδας, όπως η μικροβιακή υπάρχουν κατάλληλα εμβόλια. Φαίνεται ότι η χρήση τους είναι σωτήρια για τις συγκεκριμένες περιπτώσεις από συγκεκριμένα μικρόβια. Για τον αιμόφιλο της γρίπης υπάρχει εμβόλιο, το οποίο χρησιμοποιείται τα τελευταία χρόνια και έχει μειώσει εντυπωσιακά τη συχνότητα αυτής της μηνιγγίτιδας των μικρών παιδιών. Το εμβόλιο αυτό γίνεται σε ηλικία 2, 4 και 6 μηνών και μία επαναληπτική δόση γίνεται 12 – 15 μηνών. Υπάρχει αποτελεσματικό εμβόλιο για το μηνιγγιτιδόκκοκο τύπου c ο οποίος προκαλεί πολύ σοβαρές μορφές μηνιγγίτιδας.

Τέτανος

Ο τέτανος είναι μη μεταδοτική νόσος που εκδηλώνεται με ανεξέλεγκτους μυϊκούς σπασμούς και προκαλείται από ένα θετικό κατά Gram αναερόβιο κλωστηρίδιο του τετάνου το οποίο παράγει σπόρους, οι οποίοι βρίσκονται σχεδόν οπουδήποτε, κυρίως όμως στο έδαφος, τη σκόνη και τα κόπρανα ζώων. Η νόσος μπορεί να είναι θανατηφόρος, ειδικά σε βρέφη και σε άτομα προχωρημένης ηλικίας, και μπορεί να προληφθεί με εμβολιασμό. Μπορεί να υπάρχει ιστορικό ανοικτού ή κλειστού τραύματος, χειρουργικής επεμβάσεως, εγκαύματος ή άλλης λύσης της συνέχειας του δέρματος. Ο χρόνος ανάμεσα στο τραύμα και στην

εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων είναι μικρότερος από δύο εβδομάδες, αλλά μπορεί να κυμαίνεται ανάμεσα στις δύο ημέρες μέχρι δύο μήνες. (Bannister, 2009)

Τα συμπτώματα ξεκινούν με πονοκέφαλο, ανησυχία, εφίδρωση, ευερεθιστότητα και συνεχίζεται με έντονους σπασμούς αρχικά στο πρόσωπο και στον αυχένα και έπειτα σε ολόκληρο το σώμα. Ένα πρώτο σημείο μπορεί να είναι ένα χαμόγελο στο πρόσωπο το οποίο οφείλεται σε σύσπαση των μυών του προσώπου (σαρδόνιο γέλιο). Η σύσπαση των μαστητήρων μυών προκαλεί δυσκολία στη μάσηση, τα δόντια τρίζουν και η γνάθος είναι ακίνητη.

Διφθερίτιδα

Η διφθερίτιδα είναι πολύ μεταδοτική νόσος που προκαλείται από το κορυνοβακτηρίδιο της διφθερίτιδας (Gram θετικό). Η τοξίνη του μικροβίου μπορεί να καταστρέψει την καρδιά και το νευρικό σύστημα, αν και μερικά μη τοξινογόνα στελέχη μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στο ανώτερο αναπνευστικό και τοπική φλεγμονή στο δέρμα.

Στην αρχή η νόσος εκδηλώνεται με γενικότερη αδιαθεσία, χαμηλό πυρετό, πονοκέφαλο και δυσκαταποσία. Ανάλογα με την περιοχή εντοπισμού της διακρίνεται σε τρεις τύπους:

- 1) Ρινική διφθερίτιδα: είναι η πιο σπάνια και ήπια μορφή της νόσου και συναντάται κυρίως σε βρέφη.
- 2) Διφθεριτική φαρυγγίτιδα: είναι η πιο συχνή μορφή, η οποία ξεκινά με πυρετό και κακουχία και μοιάζει με απλή φαρυγγίτιδα. Μία με δύο ημέρες αργότερα εμφανίζονται στις αμυγδαλές λευκές μεμβράνες που γίνονται δύσσομες και μπορούν αν επεκταθούν προς το φάρυγγα, το λάρυγγα και την τραχεία με τους αδένες του να διογκώνονται.
- 3) Διφθεριτική λαρυγγίτιδα: οφείλεται συνήθως σε επέκταση της φαρυγγικής φλεγμονής και παρουσιάζεται με βήχα, βραχνάδα στη φωνή και αφωνία που μπορεί να γίνει πολύ βαριά και να φτάσει μέχρι και σε πλήρη απόφραξη του λάρυγγα.
- 4) Λοιπές μορφές: Σπανιότερες μορφές της νόσου είναι η δερματική, η οφθαλμική και η διφθερίτιδα των γεννητικών οργάνων.

Στο σημείο αυτό της προσβολής σχηματίζεται οίδημα και νεκρωτική εστία η οποία καλύπτεται από ψευδομεμβράνες. Η τοξίνη του μικροβίου περνάει με την κυκλοφορία του αίματος σε διάφορα όργανα τα οποία καταστρέφει, και κυρίως την καρδιά, τους νεφρούς και το νευρικό σύστημα.

Η διφθερίτιδα προλαμβάνεται επιτυχώς με τον εμβολιασμό που εφαρμόζεται πλέον σε όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες. Η φυσική νόσηση δεν αφήνει μόνιμη ανοσία γι' αυτό και οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε εμβολιασμό μετά το τέλος της. (Α. Efstratiou, 2006)

Κοκκύτης

Ο κοκκύτης οφείλεται στον αιμόφιλο του κοκκύτη αλλά και σε άλλα βακτηρίδια και ιούς. Είναι ένα λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από σπασμωδικό βήχα που καταλήγει σε εισπνευστικό συριγμό. Ο μικροοργανισμός αυτός εισέρχεται στον οργανισμό από την μύτη ή το στόμα και κυκλοφορεί σε ολόκληρο τον οργανισμό. Τα παιδιά μολύνονται από τα σταγονίδια που εκπέμπει ο άρρωστος.

Τα στάδια ξεκινάνε με το καταρροϊκό στάδιο που διαρκεί 1 – 2 εβδομάδες και εκδηλώνεται με χαμηλό πυρετό, συνάχι, ήπιο βήχα, ερεθισμό στα μάτια και σφυρίζουσα αναπνοή. Στην συνέχεια, το παιδί εμφανίζει παροξυσμικό βήχα που συνήθως καταλήγει με εμετό και διακοπή της αναπνοής για λίγα δευτερόλεπτα με αποτέλεσμα να παίρνει το παιδί κυανή απόχρωση. Τέλος, είναι το στάδιο αποδρομής που διαρκεί 2-3 εβδομάδες με πιο ήπια εικόνα ώσπου τα συμπτώματα να υποχωρήσουν τελείως.

Τα παιδιά θα πρέπει να είναι ήρεμα, σε καθαρό περιβάλλον, να πίνουν υγρά, να έχουν μικρά και συχνά γεύματα. Ο τρόπος αντιμετώπισης γίνεται με αντιβιοτικά που μειώνουν το χρόνο μετάδοσης της νόσου και αποστειρώνουν το ρινοφάρυγγα, και κορτικοστεροειδή που μειώνει τη διάρκεια και την ένταση των παροξυσμών.

Η πρόληψη για τον κοκκύτη επιτυγχάνεται με το εμβόλιο του κοκκύτη, το οποίο κυκλοφορεί στη χώρα μας ως τριπλό εμβόλιο, μορφή με την οποία χορηγείται, σε συνδυασμό με το εμβόλιο της διφθερίτιδας και του τετάνου. Αφού γίνουν οι 3 πρώτες δόσεις του εμβολίου (σε ηλικία 2, 4 και 6 μηνών) εξασφαλίζεται ανοσία σε ποσοστό πάνω από 80%. (Regan, 2008)

Φυματίωση

Η πνευμονική φυματίωση είναι μία λοίμωξη που οφείλεται στο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης ο οποίος αν και μπορεί να προσβάλλει όλα τα όργανα πιο συχνά εντοπίζεται στους πνεύμονες. Τα παιδιά μπορεί να κουράζονται με την παραμικρή προσπάθεια, να έχουν ανορεξία, απώλεια βάρους, χαμηλό πυρετό, βήχα ξηρό ή με πυώδη πτύελα και αιμόπτυση (Παναγιωτόπουλος, Κ. Προύντζου-Κάσσιου, 2003).

Η μετάδοση γίνεται με σταγόνες μολυσμένων πτυέλων και μολυσμένης σκόνης που φθάνουν στις κυψελίδες, όπου δημιουργούνται περιοχές μόλυνσεως, παραμένουν μολυσματικές για 8–10 ημέρες, πολύ σπάνια από το πεπτικό σύστημα με άβραστο γάλα μολυσμένο με μυκοβακτηρίδιο βόειου τύπου και με άμεση επαφή με κάποιον που πάσχει από ενεργό φυματίωση των πνευμόνων.

Ο λοιμογόνος παράγοντας αναζητείται κυρίως στα πτύελα και γίνεται φανερός σε ακτινογραφία θώρακα επειδή τα ακτινολογικά ευρήματα σε μία πνευμονική φυματίωση είναι συχνά σαφή. Η Φυματινοαντίδραση Mantoux γίνεται ως ενδοδερμική ένεση φυματίνης στο βραχίονα, η οποία μετά 48–72 ώρες προκαλεί τοπική φλεγμονή με διήθηση, σκληρία, ερύθημα και μερικές φορές φουσαλιδοποίηση . (Ευαγγελή, 2018)

Πνευμονία

Οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος είναι συχνές τις τέσσερις πρώτες εβδομάδες της ζωής και αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η πνευμονία διακρίνεται σε 3 κατηγορίες βάσει του χρόνου εμφάνισης και τρόπου μετάδοσης της λοίμωξης.

Πνευμονία που συμβαίνει κατά τη γέννηση τα συμπτώματα της νόσου εκδηλώνονται τις πρώτες ώρες έως τις πρώτες ημέρες της ζωής με οξεία αναπνευστική δυσχέρεια ενώ συχνά συνυπάρχει σηψαιμία. Η νόσος προκαλείται από εισρόφηση αμνιακού ή άλλων υγρών πριν ή κατά τη διάρκεια του τοκετού και οφείλεται σε μικροοργανισμούς που αποικίζουν το γεννητικό σωλήνα.



Πηγή: latropedia

Τα πρώιμα συμπτώματα της λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος είναι μη ειδικά κατά τη νεογνική περίοδο και μπορεί να περιλαμβάνουν τις διαταραχές θερμοκρασίας, ταχυκαρδία ή βραδυκαρδία, ταχύπνοια, άπνοια, εμετούς κλπ.

Από το αναπνευστικό, τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι η καταρροή, ο γογγυσμός και η κυάνωση.

Η θεραπεία τροποποιείται βάσει του απομονωμένου μικροοργανισμού και η διάρκειά της κυμαίνεται συνήθως από 10-14 ημέρες. Αν το νεογνό είναι σε εντατική νοσηλεία για μακρύ χρονικό διάστημα και παρουσιάσει πνευμονία, αυτή συνήθως οφείλεται σε ψευδομονάδα, σταφυλόκοκκο, κλεμπσιέλλα ή σερράτια και εξαρχής χορηγούνται τα κατάλληλα αντιβιοτικά. Μεγάλη σημασία έχει η συμπτωματική αγωγή με χορήγηση οξυγόνου, αναρρόφηση τραχειακών εκκρίσεων, συχνή φυσιοθεραπεία, παρεντερική χορήγηση υγρών και τέλος μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. (N.MATΣΑΝΙΩΤΗΣ, 2004)

Η θεραπεία είναι συνήθως συμπτωματική. Η πρόγνωση γενικά είναι καλή, αν και οι ιογενείς λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού καθιστούν το παιδί περισσότερο ευαίσθητο σε δευτεροπαθή μικροβιακή λοίμωξη. (Nichols, 2006)

Ουρολοιμώξεις

Στις ουρολοιμώξεις το κολοβακτηρίδιο είναι ο πιο συχνός αιτιολογικός παράγοντας και ειδικά τα στελέχη με O αντιγόνο. Γενικά η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί με 3 διαφορετικούς τρόπους. Στα νεογνά με κλινική εικόνα σηψαιμίας πρώιμης ή όψιμης έναρξης. Ήπια συμπτώματα όπως χαμηλός πυρετός ή ανεπαρκής πρόσληψη βάρους και νεογνά με τοπικά σημεία λοίμωξης όπως βαλανίτιδα, προστατίτιδα, ουρηθρίτιδα και ορχίτιδα.

Συχνά υπάρχει διάρροια και εμετοί ενώ πυρετός παρουσιάζεται στο 50% των περιπτώσεων. Σπανιότερες εκδηλώσεις είναι ο λήθαργος, η ευερεθιστότητα, οι σπασμοί, ο μηνιγγισμός, η διόγκωση ήπατος και σπληνός και η γαστρική διάταση. Οι νεφροί μπορεί να ψηλαφώνται μεγαλύτεροι, με ανώμαλη σύσταση και θέση και μπορεί να είναι εμφανείς οι ανωμαλίες της ουρήθρας και του πέους. Η διάγνωση τίθεται με την εξέταση και την καλλιέργεια ούρων. Η λήψη των ούρων με άσηπτες συνθήκες κατά τη νεογνική περίοδο είναι πολύ δύσκολη γι' αυτό συνιστάται υπερηβική παρακέντηση της κύστης, καθετηριασμός της κύστης ή άμεση μικροσκοπική εξέταση των 38 ούρων.

Η αγωγή τροποποιείται βάσει του αποτελέσματος της καλλιέργειας ούρων και της ευαισθησίας. Η καλλιέργεια

επαναλαμβάνεται 36-48 ώρες από την έναρξη της θεραπείας, για να διαπιστωθεί η ανταπόκριση στη θεραπεία. Η διάρκεια της αγωγής είναι 10-14 ημέρες. (Γ. Παπαγεωργίου, 2008)

Γαστρεντερίτιδες

Η λοίμωξη του γαστρεντερικού συστήματος οφείλεται σε μικροβιακό παράγοντα που είναι το εντεροπαθογόνο κολοβακτηρίδιο, το οποίο βρίσκεται στο λεπτό έντερο προσκολλημένο στον εντερικό βλεννογόνο. Εκεί παράγει εντεροτοξίνη, η οποία διαταράσσει τη μεταφορά Na, K και παθητικά ύδατος, διαμέσου του εντερικού τοιχώματος, με αποτέλεσμα απώλεια κοπράνων με υψηλή περιεκτικότητα σε ηλεκτρολύτες. Η προκαλούμενη διάρροια είναι συνήθως, αιματηρή και περιέχει βλέννα και πύο.

Η σαλμονέλλα αν και εισβάλλει στον εντερικό βλεννογόνο δεν προκαλεί εντερική καταστροφή. Λιγότερο συχνές αιτίες διάρροιας κατά τη νεογνική περίοδο είναι η ψευδομονάδα, η κλεμπσιέλλα, το εντεροβακτηρίδιο, η *Candida albicans*, οι εντεροϊοί και οι ροταϊοί.

Η θεραπεία εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου, σε ελαφρά διάρροια δεν χρειάζεται ειδική θεραπεία εκτός από χορήγηση αραιωμένου γάλακτος. Σε σοβαρή διάρροια λόγω αυξημένου κινδύνου αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικών διαταραχών, χορηγούνται παρεντερικά υγρά, που περιέχουν ηλεκτρολύτες. Η χορήγηση αντιβιοτικών εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου, την παρουσία αίματος και βλέννας στα κόπρανα και την ανεύρεση πτυοσφαιρίων στο άμεσο παρασκεύασμα. Το σχολαστικό πλύσιμο των χεριών του προσωπικού των μονάδων αποτελεί το πρωταρχικό μέτρο πρόληψης των εντερικών λοιμώξεων. (Douglas D. Richman, 2002)

Ιογενείς Λοιμώξεις

Ιλαρά

Πρόκειται για μια ιογενή λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και του δέρματος, η οποία οφείλεται σε ένα RNA ιό της ομάδας των παραμυξοϊών. Ο ιός διασπείρεται και μολύνει μέσω της αναπνευστικής οδού με τα σταγονίδια λόγω όμως του εμβολιασμού σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού έχουν ελαττωθεί σημαντικά τα κρούσματα. Ο χρόνος επώασης είναι 10-12 ημέρες. Κατόπιν εμφανίζεται πυρετός, κακοδιαθεσία, ρινίτιδα, επιπεφυκίτιδα, αρθραλγίες και επίμονος ξηρός βήχας, τα οποία υποχωρούν σε διάστημα λίγων ημερών.

Στο πρόδρομο ή καταρροϊκό στάδιο παρουσιάζονται μικρές λευκωπές κηλίδες με κόκκινη περιφέρεια (κηλίδες Korlík) στην εσωτερική επιφάνεια των παρειών. Έπειτα ακολουθεί το λεγόμενο εξανθηματικό στάδιο όπου παρουσιάζεται το εξάνθημα γύρω στην 4η- 5η ημέρα με πολυάριθμες ερυθρού χρώματος κηλίδες και μικρές βλατίδες στο πρόσωπο, πίσω από τα αυτιά και στο ανώτερο τμήμα του τραχήλου. Επεκτείνεται στον κορμό και στα άκρα σε διάστημα 3 ημερών με τάση συρροής των βλαβών. Λίγες μέρες μετά υποχωρεί ο πυρετός και μετά την 7η μέρα υποχωρεί και το εξάνθημα. Η ιλαρά προκαλεί επιπλοκές στο αναπνευστικό και νευρικό σύστημα όπως και σε άλλα συστήματα όπως η εγκεφαλίτιδα, η ωτίτιδα, παραρρινοκολπίτιδα και η βρογχοπνευμονία. Η εμφάνιση των επιπλοκών δημιουργείται από την συνέχιση του πυρετού μετά την εκδήλωση του εξανθήματος.

Ερυθρά

Οφείλεται στον ιό της ερυθράς και μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο με άμεση επαφή. Ο ιός βρίσκεται στις εκκρίσεις του ρινοφάρυγγα και στο αίμα λίγες μέρες πριν εκδηλωθεί η λοίμωξη. Ο χρόνος επώασης είναι 14-21 ημέρες με χαρακτηριστικό πόνο στο φάρυγγα, μυαλγίες και πυρετό ο οποίος διαρκεί μία έως δύο μέρες και παρατηρείται διόγκωση των λεμφαδένων πίσω από τα αυτιά και τον τράχηλο και συνήθως προηγείται του εξανθήματος. (Prevention, 2009)

Παρωτίτιδα

Η λοίμωξη οφείλεται στον ιό της παρωτίτιδας και μεταδίδεται με τα σταγονίδια. Ο χρόνος επώασης της παρωτίτιδας είναι 2-3 βδομάδες αρχικά εκδηλώνεται με πυρετό, κεφαλαλγία και μυαλγίες. Χαρακτηριστικό σημείο της παρωτίτιδας είναι η εξαφάνιση της γωνίας της κάτω γνάθου από τη διόγκωση του παρωτιδικού αδένου και το οίδημα του δέρματος. Η πλήρης διόγκωση γίνεται μέσα σε 1-3 μέρες και υποχωρεί μέσα σε 3-7 μέρες. Οι επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν είναι η μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, η ορχίτιδα, η ωοθηκίτιδα και η παγκρεατίτιδα. (W.H.O, 2010)

Ανεμοβλογιά

Είναι μία εξανθηματική λοιμώδης νόσος που τα περισσότερα παιδιά μολύνονται ήπια. Η μετάδοση της νόσου γίνεται κυρίως με σταγονίδια από το φάρυγγα και ελάχιστα από δερματικές βλάβες. Εφόσον προσβληθεί το άτομο μία φορά, δεύτερη προσβολή είναι πολύ σπάνια. Ο

χρόνος επώασης είναι 14-17 ημέρες με φαινόμενα αδιαθεσίας, ανορεξίας, πονοκέφαλο και πυρετό γύρω στους 38°C, ιδιαίτερα στα παιδιά 1-2 μέρες πριν την εμφάνιση του εξανθήματος αλλά και όχι μόνο σε αυτά. Αρχικά, το εξάνθημα αποτελείται από κνησμώδεις και ερυθρηματώδεις βλατίδες χρώματος ρόδινου ή ερυθρού που εντοπίζονται στο κορμό. Πιο σπάνια προσβάλλονται οι παλάμες και τα πέλματα ενώ έχει παρατηρηθεί ότι στις βλάβες στο στόμα μπορεί να σχηματιστούν επιπολής ελκώσεις στην υπερώα, στο φάρυγγα καθώς και στους επιπεφυκότες. Η διάρκεια της νόσου είναι 20- 30 ημέρες. (Carey-AnnBurnham, 2009)

Ηπατίτιδες

Η ηπατίτιδα μπορεί να προκληθεί από πολλούς ιούς, μικρόβια αλλά και φάρμακα. Μέχρι σήμερα έχουν αναγνωριστεί επτά ιοί της ηπατίτιδας και πολύ σύντομα, πιθανόν να μην μας φτάνει ολόκληρο το αλφαβητάρι για να τις χαρακτηρίζουμε. Οι πιο γνωστές είναι η ηπατίτιδα Α, Β, C, D, Ε.

Ηπατίτιδα Α

Η ηπατίτιδα αυτή, οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Α. Στις μέρες μας είναι σπάνιο φαινόμενο. Στην αρχή το παιδί παρουσιάζει γενικά συμπτώματα, όπως είναι η γενική κατάπτωση, ανορεξία, πυρετός, εμετοί και πόνος στην κοιλιά. Θα ακολουθήσουν οι διάρροιες και ο ίκτερος. Ο χρόνος που χρειάζεται για να εκδηλώσει την αρρώστια ένα παιδί που ήρθε σε επαφή με τον ιό είναι περίπου ένας μήνας. Ο ιός της ηπατίτιδας Α αποβάλλεται από τα κόπρανα και μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, σε άτομα του στενού περιβάλλοντος. Ο ιός επίσης μπορεί να μεταδοθεί με μολυσμένο νερό ή τροφές, οπότε έχουμε επιδημίες. Τα συμπτώματα της ηπατίτιδας Α διαρκούν λιγότερο από ένα μήνα και ο άρρωστος αναρρώνει πλήρως. Δεν υπάρχει θεραπεία και ο άρρωστος θα αναρρώσει από μόνος του. Ο εμβολιασμός με τούτο το εμβόλιο δεν είναι υποχρεωτικός παρά μόνο σε ορισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου.

Ηπατίτιδα Β

Η ηπατίτιδα αυτή οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Β και ο εμβολιασμός είναι απαραίτητος. Η μόλυνση με ηπατίτιδα Β μπορεί να δημιουργήσει πολλά προβλήματα. Το μεγαλύτερο πρόβλημα, είναι η περίπτωση κατά την οποία ο άρρωστος δεν καταφέρνει να νικήσει τον ιό, οπότε παραμένει ο ιός στον οργανισμό του αρρώστου για όλη του

τη ζωή. Ο άρρωστος τότε, λέγεται χρόνιος φορέας και μπορεί οποιαδήποτε στιγμή να μεταδώσει τον ιό σε άλλους ανθρώπους μέσω του αίματος, των παραγώγων του και με τη σεξουαλική επαφή. Το 10% των παιδιών που μολύνονται με τον ιό της ηπατίτιδας Β θα παραμείνουν χρόνιοι φορείς. Ο χρόνιος φορέας έχει πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσει καρκίνο του ήπατος καθώς επίσης και κίρρωση του, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Πολλά παιδιά μολύνονται από τον ιό της ηπατίτιδας Β και δεν παρουσιάζουν κανένα απολύτως σύμπτωμα όμως σταδιακά θα έχουν χρόνια ηπατίτιδα που θα εξελιχθεί σε κίρρωση του ήπατος.

Ηπατίτιδα C

Οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας C και δεν υπάρχει ακόμα εμβόλιο. Οι άρρωστοι με ηπατίτιδα C έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να μεταπηδήσουν σε χρόνια νόσηση. Οι άρρωστοι είναι συνήθως ασυμπτωματικοί ή παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα της ηπατίτιδας και οι επιπλοκές που ακολουθούν είναι ίδιες με τις ηπατίτιδας Β. Ο χρόνος που χρειάζεται για να εκδηλώσει την αρρώστια ένα παιδί που ήρθε σε επαφή με τον ιό είναι 7 -9 εβδομάδες.

Ηπατίτιδα D

Οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας D. Ο άνθρωπος μπορεί να μολυνθεί μόνο εάν πάσχει ήδη από ηπατίτιδα Β. Τα συμπτώματα είναι τα ίδια με τις άλλες ηπατίτιδες αλλά είναι πιο έντονα. Ο χρόνος που χρειάζεται για να εκδηλώσει την αρρώστια ένα παιδί που ήρθε σε επαφή με τον ιό είναι 2 -8 εβδομάδες.

Ηπατίτιδα E

Οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας E. Στις εγκύους προκαλεί πάρα πολύ σοβαρά συμπτώματα και μπορεί να τις οδηγήσει στο θάνατο. Τα συμπτώματα είναι τα ίδια με αυτά της ηπατίτιδας A, αλλά είναι πιο έντονα. Ο χρόνος που χρειάζεται για να εκδηλώσει την αρρώστια ένα παιδί που ήρθε σε επαφή με τον ιό είναι περίπου 40 μέρες. Η ηπατίτιδα E, μεταδίδεται με τους ίδιους τρόπους που μεταδίδεται η ηπατίτιδα A. Δεν υπάρχει κατάλληλο εμβόλιο. Δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία. (A.Chin, 2009)

Πολιομυελίτιδα

Είναι μία ιογενής νόσος που οφείλεται στον ιό της πολιομυελίτιδας και στις μέρες μας μετά την εφαρμογή γενικού εμβολιασμού, είναι σπάνια. Η πολιομυελίτιδα παρουσιάζεται με διάφορες μορφές: ασυμπτωματική, εκτρωτική, μη παραλυτική, παραλυτική.

Ανάλογα με το τμήμα του κεντρικού νευρικού συστήματος που προσβάλλεται διακρίνονται διάφορες μορφές της παραλυτικής πολιομυελίτιδας, όπως:

- Νωτιαία : Υπάρχει αδυναμία του κορμού και των άκρων που μπορεί να προσβάλει το διάφραγμα και τους μεσοπλεύριους μυς.
- Προμηκική : Υπάρχουν αναπνευστικές και κυκλοφορικές διαταραχές, αδυναμία των μυών των κρανιακών νεύρων, της υπερώας και του φάρυγγα.
- Παρεγκεφαλιτιδική μορφή: υπάρχει ευερεθιστότητα, διαταραχή του προσανατολισμού, υπνηλία και τρόμος.

Άλλα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν αναπνευστική και καρδιακή αρρυθμία, υπέρταση, σπαστικότητα, μεταβολές της αρτηριακής πίεσης, αγγειοκινητικές διαταραχές και δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστεως και του εντέρου. Η νόσος οφείλεται στον ιό της πολιομυελίτιδας, ο οποίος ανήκει στους εντεροϊούς και διακρίνεται σε τρεις τύπους, τον I, τον II και τον III.

Η νόσος μεταδίδεται με τα μολυσμένα κόπρανα και εισβάλλει στον οργανισμό μέσω της ρινοφαρυγγικής οδού και σπανιότερα με τα σταγονίδια από το στόμα. Μπορεί να μεταδοθεί και διά μέσου του πλακούντα. Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εικόνα του ασθενούς αλλά και σε εργαστηριακό έλεγχο που περιλαμβάνει την απομόνωση του ιού από το φάρυγγα και τα κόπρανα και την αύξηση του τίτλου αντισωμάτων έναντι του ιού σε δύο διαδοχικές. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για τον ιό της πολιομυελίτιδας αλλά είναι συμπτωματική.

Η νόσος προλαμβάνεται με τον εμβολιασμό. Τα μειονεκτήματα του εμβολίου είναι ότι σπανίως μπορεί να προκαλέσει παραλυτική μορφή πολιομυελίτιδας και σε αυτή την περίπτωση προσβάλλονται τα παιδιά που εμβολιάζονται, αλλά και άτομα του περιβάλλοντός τους (νεαροί γονείς). Ο κίνδυνος αυτός υπολογίζεται σε 1 περίπτωση παραλυτικής πολιομυελίτιδας σε υγιή εμβολιαζόμενο ανά 7,8 εκατομμύρια δόσεις. Η παρενέργεια αυτή είναι πιο συχνή και επικίνδυνη όταν στο άμεσο περιβάλλον του ατόμου που εμβολιάζεται υπάρχουν άτομα με ανοσοανεπάρκεια και γι' αυτό σε τέτοιες περιπτώσεις ο εμβολιασμός με Sabin αντενδεικνύεται.

Το εμβόλιο Salk έχει υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας (99 -100% μετά την τρίτη δόση), όπως και το Sabin, με πιο ειδικά αντισώματα και πλεονεκτεί διότι δεν προκαλεί παραλυτική μορφή πολιομυελίτιδας. Τα μειονεκτήματά του είναι ότι δεν προκαλεί ρινοφαρυγγική και εντερική ανοσία (αφού είναι ενέσιμο) και δεν είναι επακριβώς γνωστή η διάρκεια της ανοσίας που εξασφαλίζει. Πρέπει να γίνεται σε παιδιά με ανοσοκαταστολή ή σε παιδιά που στο οικογενειακό τους περιβάλλον υπάρχουν άτομα με ανοσοκαταστολή. (A.Houre, 2009-2010)

Πρόληψη παιδικών λοιμώξεων

Εμβολία

Τα εμβόλια κατασκευάζονται από τα ίδια μικρόβια ή τους ιούς που προκαλούν τις διάφορες νόσους με τη διαφορά ότι τα μικρόβια αυτά είναι νεκρά ή εξασθενημένα ώστε να μην μπορούν να προκαλέσουν την νόσο. Αφού εισαχθούν στον οργανισμό μας συνήθως με ένεση το ανοσοποιητικό μας σύστημα αντιδρά κατά τον ίδιο τρόπο που θα αντιδρούσε αν είχε προσβληθεί από τη νόσο φτιάχνοντας αντισώματα. Τα αντισώματα καταστρέφουν τα μικρόβια του εμβολίου και στη συνέχεια παράγονται στο σώμα μας προσφέροντας ανοσία. Έτσι εάν κάποια στιγμή προσβληθεί από τη συγκεκριμένη νόσο τα αντισώματα θα είναι εκεί για να μας προστατέψουν.



Πηγή: private.philenews.com

Τα εμβόλια βοηθούν την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος του παιδιού παρέχοντάς του προστασία έναντι μελλοντικών λοιμώξεων. Το πιο

σημαντικό είναι ότι με το σωστό εμβολιασμό το παιδί αποκτά την προστασία αυτή χωρίς να περάσει την ασθένεια. Τα προγράμματα εμβολιασμών έχουν συμβάλει αποτελεσματικά στην μείωση της επίπτωσης πολλών και σοβαρών νοσημάτων που προκαλούνται από ιούς και βακτήρια όπως η ιλαρά, η ερυθρά, η παρωτίτιδα, ο κοκκύτης, η διφθερίτιδα καθώς και οι σοβαρές λοιμώξεις από τον αιμόφιλο της γρίπης.

Ακόμα η ταχέως αυξανόμενη γνώση της μικροβιολογίας και της ανοσολογίας σε συνδυασμό με την πλήρη αναγέννηση της βιοτεχνολογίας έχουν παραμερίσει ανυπέρβλητα εμπόδια του παρελθόντος και έχουν διευκολύνει την ανακάλυψη νεότερων εμβολίων για την πρόληψη λοιμώξεων των οποίων η αντιμετώπιση είναι δύσκολη ή και αδύνατη, μέχρι στιγμής όλα αυτά έχουν οδηγήσει στην παραγωγή πληθώρας εμβολίων τα περισσότερα εκ των οποίων θα πρέπει να γίνονται τους πρώτους έξι μήνες ζωής με την ανάγκη πολλών ενέσεων σε μικρό χρονικό διάστημα.

Οι μικροοργανισμοί που περιέχονται στα εμβόλια αυτά αδρανοποιούνται με χημικά μέσα ή βρασμό. Πρόκειται για σταθερά και ασφαλή εμβόλια και συνήθως δεν απαιτούν ψύξη για την συντήρησή τους. Τα πλεονεκτήματα αυτά υποβοηθούν την χρήση τους σε αναπτυσσόμενα κράτη και σε μετακινούμενους πληθυσμούς ωστόσο μειονεκτούν στο ότι δεν προκαλούν ισχυρή ανοσία και πρέπει να χορηγούνται σε 128 πολλαπλές δόσεις. Το πρόβλημα των πολλαπλών δόσεων γίνεται πιο αισθητό σε περιοχές με ελλιπή ιατρική φροντίδα και δύσκολη επικοινωνία με κέντρα. Εμβόλια που ανήκουν στην ομάδα αυτή είναι της γρίπης, της ηπατίτιδας Α, του κοκκύτη, της χολέρας, της πανώλης, της Ιαπωνικής Β εγκεφαλίτιδας, της λύσσας, του τυφοειδούς, της πολιομυελίτιδας που χορηγείται παρεντερικά. (Α.Καφεντζής, 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Μετεγχειρητική παρακολούθηση

Οι ασθενείς που εισάγονται στη ΜΕΘ παρακολουθούνται σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα και ελέγχονται τακτικά κλινικά, εργαστηριακά και απεικονιστικά. Πιο αναλυτικά γίνεται τακτική συμπλήρωση του φυλλαδίου παρακολούθησης του ασθενή, κλινική εξέταση, λήψη, αποστολή δειγμάτων αίματος και εργαστηριακός έλεγχος.



Πηγή: Parasknio.gr

Μετεγχειρητικά κάποιοι ασθενείς λόγω προδιαθεσικών παραγόντων, τυχόν επιπλοκών και προβλημάτων μετά το χειρουργείο εισάγονται στη ΜΕΘ. Εκεί ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασης αντιμετωπίζονται τα προβλήματα, τα οποία μπορεί να σχετίζονται με τα εξής: αναπνευστικό σύστημα, κυκλοφορικό σύστημα, κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), υποθερμία, νεφρική δυσλειτουργία. (ΦΩΤΕΙΝΗ, 2013)

Ο κυψελιδικός υποαερισμός είναι επίσης ένα συχνό πρόβλημα το οποίο διαγιγνώσκεται απαραίτητα μετά από μέτρηση PaCO_2 . Κλινικά μπορεί να παρατηρηθούν πτώση επιπέδου συνείδησης, υπνηλία, ταχυκαρδία και υπέρταση. Ένας παράγοντας που προκαλεί το μετεγχειρητικό κυψελιδικό υποαερισμό είναι η κεντρική καταστολή του

κέντρου της αναπνοής μετά από χορήγηση οπιοειδών, πτητικών και άλλων ενδοφλέβιων αναισθητικών. Περιφερικά αίτια προκαλούν επίσης κυψελιδικό υποαερισμό. Ο πόνος στη χειρουργική τομή προκαλεί γρήγορη και επιπόλαιη αναπνοή, δηλαδή κυψελιδικό υποαερισμό. Κάποια προϋπάρχουσα αναπνευστική ή νευρολογική νόσος, μυοπάθεια, πάθηση του θωρακικού κλωβού, η παχυσαρκία και η διάταση στομάχου μπορούν να εντείνουν το πρόβλημα.

Η άμεση μετεγχειρητική υποοξυγοναιμία συνιστά μια σοβαρή επιπλοκή κατά την οποία παρατηρείται ο κορεσμός του αίματος σε οξυγόνο (SpO₂) είναι <90% και μπορεί να προκαλέσει ιστική υποξία.

Η υποοξυγοναιμία μπορεί να προκληθεί σε παχύσαρκα άτομα, σε άτομα που έχουν λάβει αναισθητικά και οπιοειδή φάρμακα για κεντρική καταστολή. Επίσης σε άτομα που εμφάνισαν μετεγχειρητικό ρίγος, πνευμονικό οίδημα, πνευμονική εμβολή, πνευμοθώρακα, εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου και σε άτομα με ελαττωμένη καρδιακή παροχή. Τα συμπτώματα της υποοξυγοναιμίας περιορίζονται με συμπληρωματική ελεγχόμενη χορήγηση οξυγόνου με μάσκα Venturi καθώς παράλληλα ελέγχεται η οξυγόνωση με μέτρηση PaO₂.

Το οίδημα του λάρυγγα ή λαρυγγόσπασμος εμφανίζεται μετεγχειρητικά λόγω ερεθισμού του ανώτερου αεραγωγού από εκκρίσεις ή χειρισμούς. Είναι πολύ συχνό στα παιδιά μετά από ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη απόφραξη του αεραγωγού.

Αντιμετωπίζεται με χορήγηση 100% συγκέντρωσης οξυγόνου, με χειρισμό Larson, χορήγηση χαμηλής δόσης προπιοφόλης, εφύγραση των εισπνεόμενων αερίων και σε ακραίες περιπτώσεις χειρουργικός αεραγωγός.

Κυκλοφορικό σύστημα

Η υπόταση, υπέρταση ή αρρυθμίες μπορούν να προκύψουν μετά το χειρουργείο. Ένα υπογκαιμικό επεισόδιο λόγω απώλειας αίματος κατά την επέμβαση μπορεί να ευθύνεται για την πτώση της αρτηριακής πίεσης και τις αρρυθμίες. Ενώ αντίθετα για την υψηλή πίεση παίζει σημαντικό ρόλο ο έντονος πόνος και η υπερβολική χορήγηση υγρών.

Κεντρικό νευρικό σύστημα

Οι επιπλοκές οι οποίες μπορεί να επέλθουν ίσως να οφείλονται σε κάποια βλάβη νευρικού ιστού λόγω άμεσου τραυματισμού του μυελού των οστών κατά την αναισθησία.

Υποθερμία

Οι θερμοκρασίες στο χειρουργείο, η χορήγηση υγρών ενδοφλέβια τα οποία έχουν θερμοκρασία δωματίου, η χορήγηση αίματος ενίοτε παγωμένου εντείνει τις πιθανότητες υποθερμίας. Το ανθρώπινο σώμα διατηρεί ένα κέντρο θερμορύθμισης το οποίο όμως ανάλογα με τους εξωτερικούς και τους παρεμβατικούς παράγοντες διαταράσσεται. Όταν η θερμοκρασία του σώματος είναι αυξημένη το σώμα λόγω αγγειοδιαστολής και μέσω του ιδρώτα θα αποβάλει την θερμότητα. Αντίθετα σε περίπτωση που οι συνθήκες δεν είναι ευνοϊκές για αυτό τότε θα προκαλέσει αγγειοσυστολή και ρίγος. (Α.Πρέκατες, 2009)



Πηγή:iPop

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μεθοδολογία:

Πεδίο μελέτης: Οι σπουδαστές νοσηλευτικής ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ εκπονούν μια αναδρομική μελέτη, όπου αναλύεται και ερμηνεύεται το ποσοστό των παιδιών προσφύγων που χρειάστηκε να νοσηλευτεί από το 2010 έως το 2017, με αφορμή την αυξημένη διέλευση προσφύγων στην Ελλάδα και την Κρήτη, καθώς και την αιτία νοσηλείας τους, με την παράθεση ολοκληρωμένων ιατρικών ιστορικών.

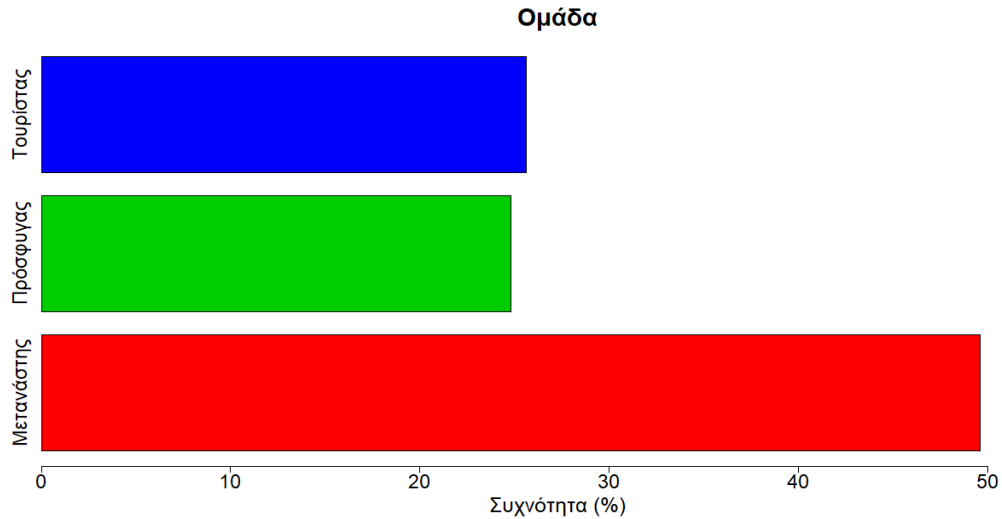
Τύπος μελέτης: Αναδρομική Μελέτη

Εργαλείο μέτρησης: Συλλογή στατιστικών στοιχείων ΤΕΠ ΠαΓΝΗ και Βενιζελείου και ιστορικών από την ΜΕΘ Παίδων.

Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων: Για τη συλλογή των δεδομένων θα λάβει χώρα αναδρομική Μελέτη που αναλύει και ερμηνεύει το ποσοστό των παιδιών προσφύγων που χρειάστηκε να νοσηλευτούν από το 2010 έως το 2017 στους παιδιατρικούς τομείς του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ) και του Βενιζελείου. Καθώς θα μελετηθούν τα κλινικά χαρακτηριστικά, η έκβαση της νόσου καθώς και τα αίτια νοσηλείας τους.

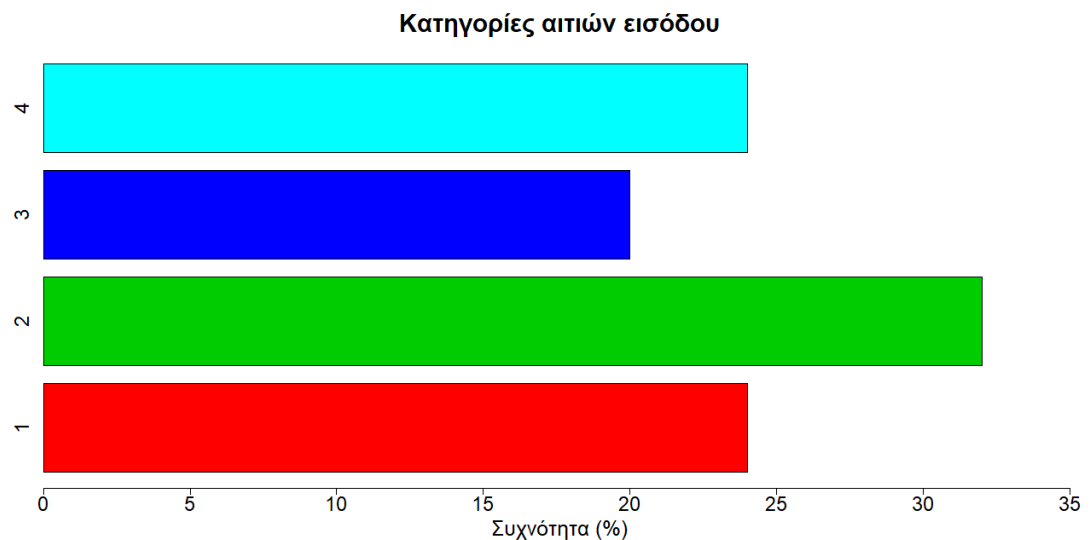
Αποτελέσματα:

Εικόνα 1: Ραβδόγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της μεταβλητής Ομάδας.



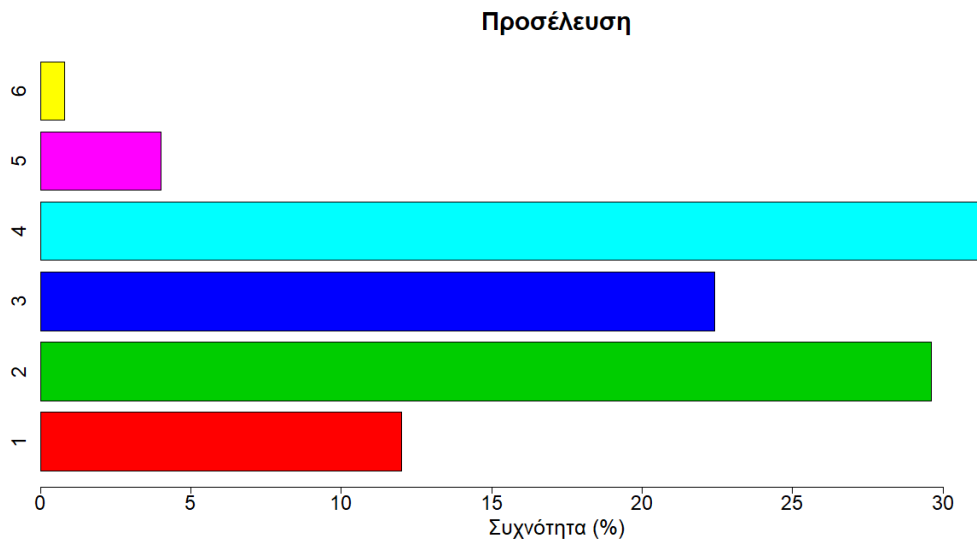
Από το σύνολο των 125 αλλοδαπών παιδιών που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες όπως τους πρόσφυγες και τους μετανάστες και των αλλοδαπών παιδιών που δεν ανήκουν όπως τους τουρίστες το 50% ήταν μετανάστες το 25% πρόσφυγες ενώ το 25% τουρίστες.

Εικόνα 2: Ραβδόγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της μεταβλητής Κατηγορίες αιτιών εισόδου.



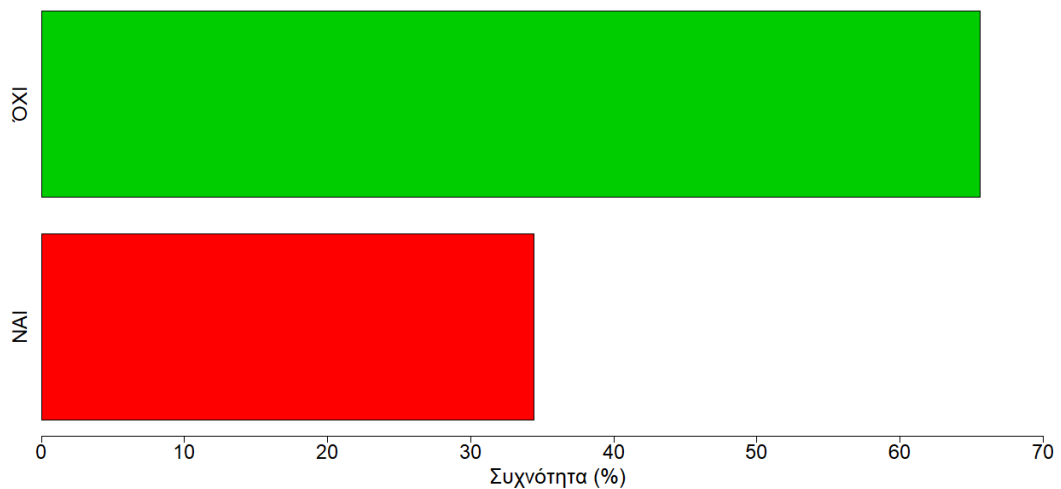
Όσον αφορά τις κατηγορίες αιτιών εισόδου το (24%) από τα 125 παιδιά είχαν αντιμετωπίσει κάποιο ατύχημα .Το (32%) από αυτά εισάχθηκαν για κάποια διερευνητική εξέταση το (20%) για λοιμώδη νοσήματα ενώ το υπόλοιπο (24%) για κάποια άλλη διαταραχή.

Εικόνα 3: Ραβδόγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της μεταβλητής. Προσέλευση.



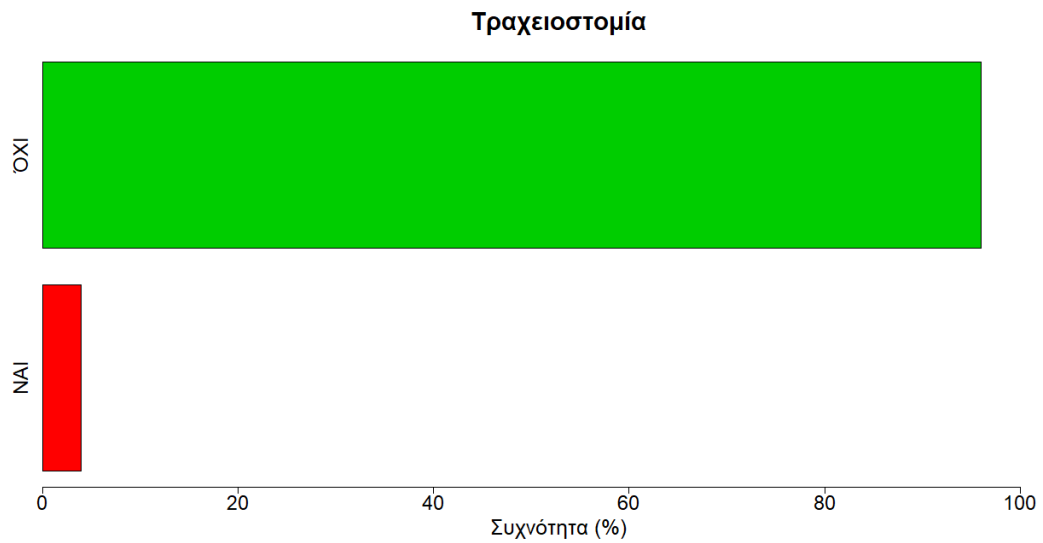
Από το δείγμα που ερευνήσαμε το 43% προσήλθε από κάποιο άλλο νοσοκομείο της Κρήτης, το 23% από το χειρουργείο, το 21% από κάποιο θάλαμο, το 7% αερομεταφορά από νησί, το 4% με ΕΚΑΒ και τέλος το 2% από το σπίτι.

Εικόνα 4: Ραβδόγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της μεταβλητής Διασωλήνωση.



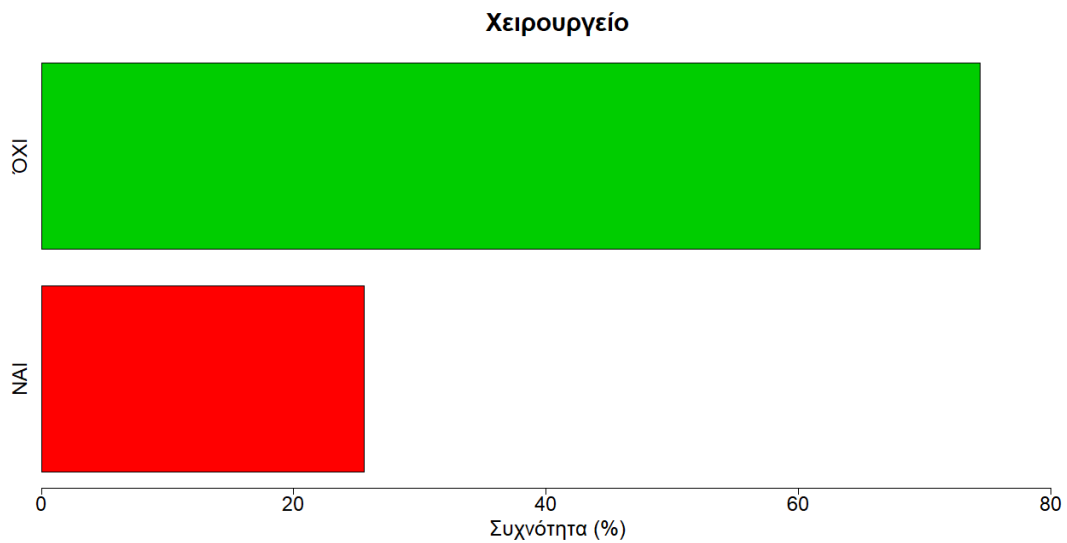
Για την διασωλήνωση του υπό μελέτη δείγματος παρατηρούμε ότι το 34% διασωληνώθηκε ενώ το υπόλοιπο 66% όχι.

Εικόνα 5: Ραβδόγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της μεταβλητής Τραχειοστομία.



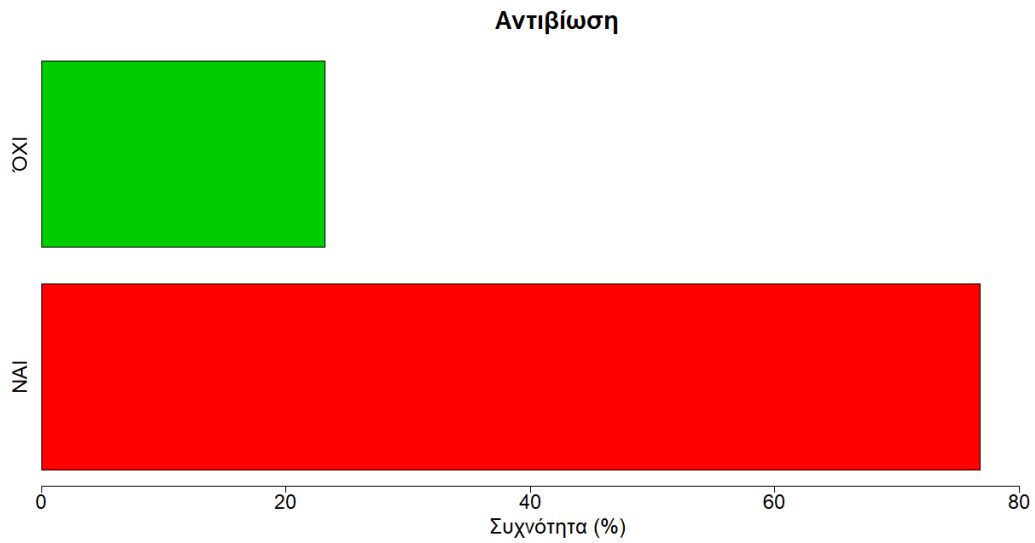
Όσον αφορά την τραχειοστομία , μόνο το 4% του γενικού δείγματος είχε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του τραχειοστομία ενώ το 95% όχι.

Εικόνα 6: Ραβδόγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της μεταβλητής Χειρουργείο.



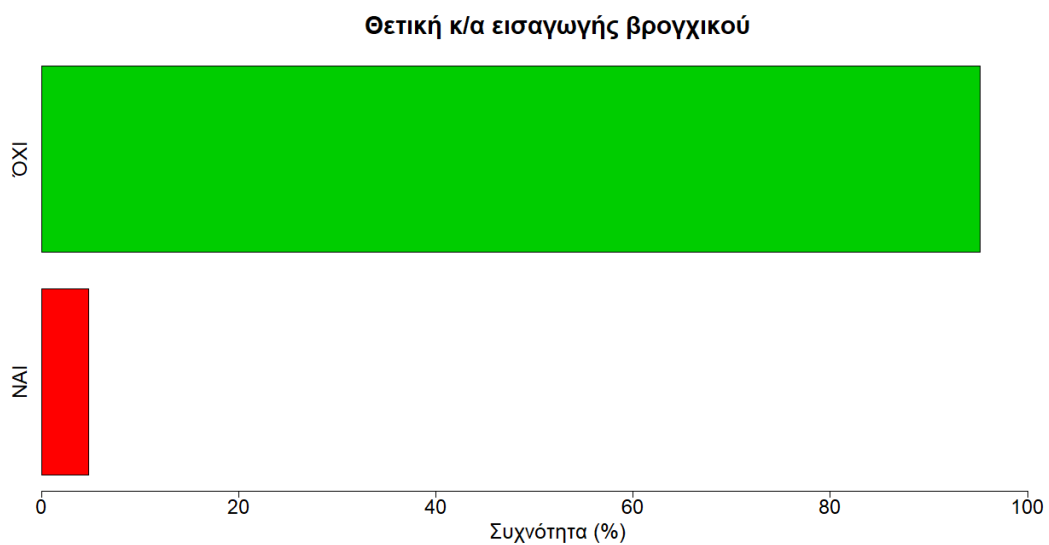
Από το σύνολο των 125 αλλοδαπών παιδιών που ανήκουν σε ευπαθή και μη ευπαθή ομάδα το 26% χειρουργήθηκε ενώ το υπόλοιπο 74% όχι.

Εικόνα 7: Ραβδόγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της μεταβλητής Αντιβίωση.



Αντιβίωση χορηγήθηκε στο 77% του γενικού συνόλου ενώ μόνο το 23% δεν έλαβε αντιβίωση.

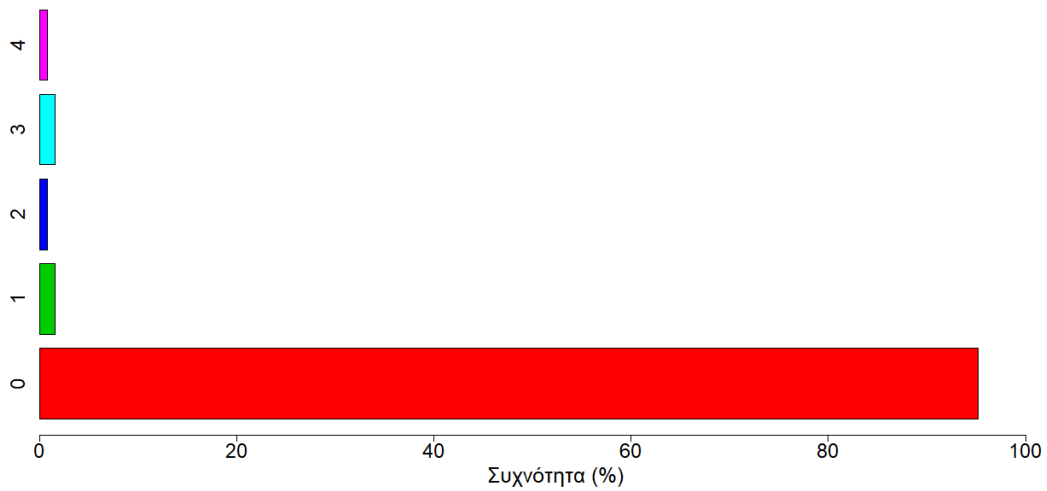
Εικόνα 8: Ραβδόγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της μεταβλητής Θετική κ/α. εισαγωγής βρογχικού.



Από το δείγμα που εξετάστηκε προέκυψε ότι το 5% του πλήθους είχε θετική κ.α. εισαγωγής βρογχικού ενώ το υπόλοιπο 95% όχι.

Εικόνα 9: Ραβδόγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της μεταβλητής Απομονωθέν στέλεχος βρογχικού εισαγωγής.

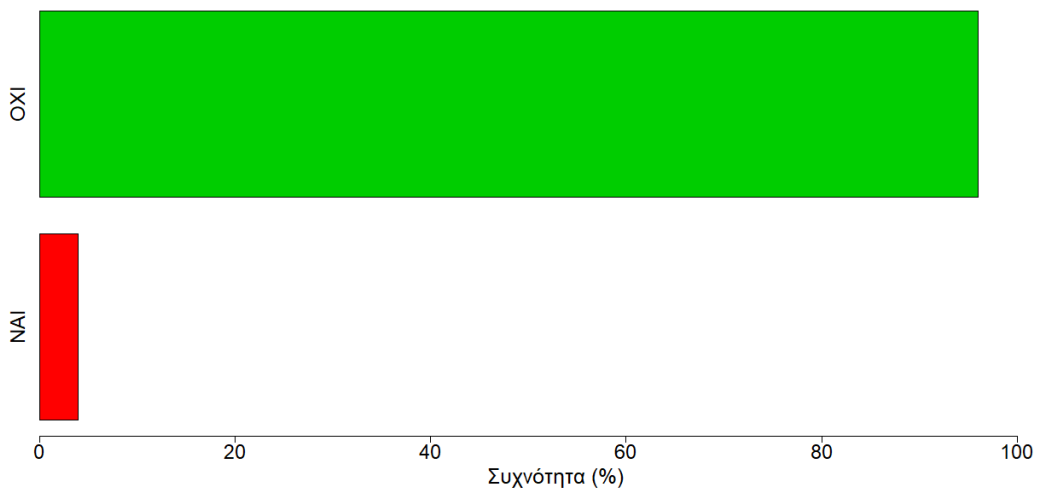
Απομονωθέν στέλεχος βρογχικού εισαγωγής



Το 1% του δείγματος είχε κάντιπα, το 2% σταφυλόκοκκο, το 1% πνευμονιόκοκκο, το 2% ψευδομονάδα ενώ το 95% δεν είχε κανένα απομονωθέν στέλεχος βρογχικού εισαγωγής.

Εικόνα 10: Ραβδόγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της μεταβλητής Θετική κ/α. εξόδου βρογχικού.

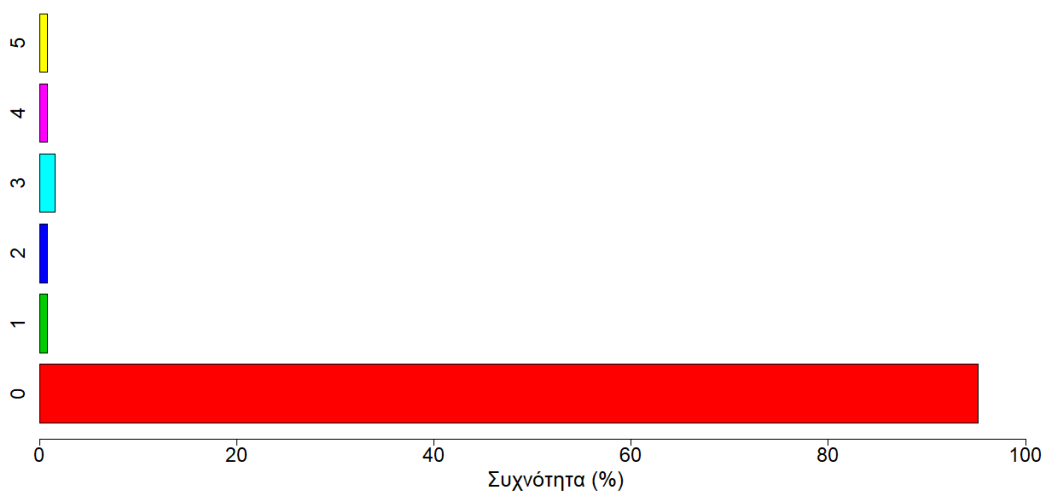
Θετική κ/α εξόδου βρογχικού



4% του συνόλου του δείγματος είχε θετική κ/α εξόδου βρογχικού ενώ το 96% όχι.

Εικόνα 11: Ραβδόγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της μεταβλητής Απομονωθέν στέλεχος βρογχικού εξόδου.

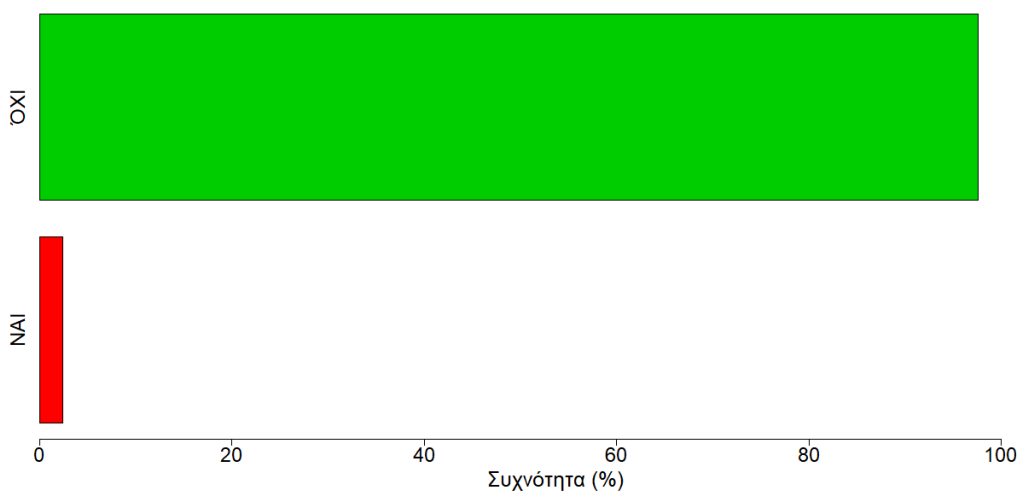
Απομονωθέν στέλεχος βρογχικού εξόδου



Όσον αφορά το απομονωθέν στέλεχος βρογχικού εξόδου από όλο το δείγμα των αλλοδαπών παιδιών που εξετάσαμε το 1% είχε ακινητομπακτηρ, το 1% στενοτροφομονάδα μαλτοφιλία, το 2% είχε κάντιπα, το 1% είχε κλεψιέλα, το 1% ψευδομονάδα ενώ 94% δεν είχε κάποιο απομονωθέν στέλεχος βρογχικού εξόδου.

Εικόνα 12: Ραβδόγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της μεταβλητής Ανθεκτικότητα απομονωθέντος στελέχους βρογχικού εξόδου σε αντιβιοτικά που έπαιρνε.

Ανθεκτικότητα απομονωθέντος στελέχους βρογχικού εξόδου σε αντιβιοτικά που έπαιρνε



Μετά την λήψη αντιβιοτικών μόνο το 3% είχε ανθεκτικότητα απομονωθέντος στελέχους βρογχικού εξόδου σε αντιβιοτικά που έπαιρνε ενώ το 97% όχι.

Συζήτηση

Η Ιταλία όπως και η Ελλάδα είναι χώρα υποδοχής προσφύγων. Παρατηρούνται μη αναμενόμενες συνθήκες διαβίωσης. Σύμφωνα με τους νόμους που προστατεύουν και θέτουν τα δικαιώματα των προσφύγων η κάθε χώρα οφείλει να προσφέρει στους αιτούντες άσυλο συνέπεια, ποιότητα υποδοχής καθώς και ιατρικές εξετάσεις. Αντίθετα όμως τα συλλογικά κυβερνητικά κέντρα υποδοχής προσφύγων είναι υπερπληθυσμένα και απομονωμένα από τα αστικά κέντρα. Εκθέσεις που δημοσιεύθηκαν από οργανισμούς απέδειξαν ότι υπήρχαν ακατάλληλες εγκαταστάσεις, έλλειψη υγιεινής και ελλιπείς συνθήκες ασφάλειας.

Λόγω της κατάστασης έκτακτης ανάγκης παρατηρούνται ενέργειες αυτοσχεδιασμού για την αντιμετώπιση του προσφυγικού. Εξαιτίας αυτού προσλαμβάνονται άνθρωποι για τα κέντρα υποδοχής προσφύγων οι οποίοι δεν διαθέτουν τις κατάλληλες δεξιότητες και που συνήθως το εκμεταλλεύονται για να αποκομίσουν οικονομικό κέρδος από αυτό. Πιο συγκεκριμένα αναλύονται οι συνθήκες παρακάτω ανά κέντρο φιλοξενίας προσφύγων.

Mineo, Κατάνια, της Σικελίας η επιτροπή που εξέτασε το κέντρο που φιλοξενούσε τους πρόσφυγες έκρινε ότι οι συνθήκες κατά τις οποίες ζουν εκεί οι άνθρωποι δεν συμβαδίζουν με τα αξιοπρεπή πρότυπα. Το συγκεκριμένο κέντρο βρίσκεται απομονωμένο και λόγω του ότι οι πρόσφυγες δεν διαθέτουν μεταφορικό, καθίσταται αδύνατη η ενσωμάτωση τους στην τοπική κοινότητα. Δύο φορές εξέτασε η επιτροπή το συγκεκριμένο κέντρο και αποφασίστηκε ότι θα μετακινηθούν οι πρόσφυγες προς άλλα κέντρα λόγω της υποβαθμισμένης υποδομής, της έλλειψης προσωπικού και των ζημιογόνων ιατρικών υπηρεσιών.

Villa Sikania, Agrigento Σικελία: Κατά το 2017 που εξετάστηκε από την επιτροπή το συγκεκριμένο κέντρο στο οποίο φιλοξενούνταν 379 άτομα για 17 μέρες σε ένα χώρο όπου διέθετε λίγες ντουζιέρες, τα μπάνια δεν είχαν πόρτες και δεν υπήρχε καθόλου ζεστό νερό.

Cavarzerani, Udine, Φριούλι-Βενετία Τζούλια: Σύμφωνα με δημοσιεύματα των ΜΜΕ στο συγκεκριμένο στρατόνα χωρητικότητας 350 ατόμων φιλοξενούνταν 700 άτομα. Στις σκηνές ζούσαν 9 ως 12 άτομα. Με μέση

διάρκεια διαμονής τους 6 ως 8 μήνες. Δεν παρείχαν στους πρόσφυγες χρήματα γιατί όπως εξήγησε το διοικητικό όργανο το Υπουργείο είχε χρέος 3 εκατομμυρίων. Οι άνθρωποι είχαν την δυνατότητα να βγουν έξω αλλά μπορούσαν να μπουν στο κέντρο μόνο 19:30-20:30 που ήταν ανοιχτές οι πύλες. Στο κέντρο δεν υπήρχε καμία πρόσβαση σε νομική υπηρεσία όπως προβλέπεται από το νόμο. Τον Αύγουστο του 2018 ένας πρόσφυγας από το Αφγανιστάν ο οποίος έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια αυτοκτόνησε μέσα στο κέντρο.



Πηγή:Fire.gr

Enea, Ρώμη, Λάτσιο: Σε κέντρο με 316 φιλοξενούμενους υπήρχαν 3 πλυντήρια ρούχων και καθόλου ζεστό νερό.

RoggianoGravina, Cosenza, Calabria: Στο συγκεκριμένο κέντρο αναφέρθηκε ότι δεν εκδόθηκε κάρτα υγείας στους πρόσφυγες. Επίσης επισημάνθηκε ότι σε οποιαδήποτε κατάσταση της υγείας τους το φάρμακο που τους χορηγούσαν ήταν πάντα το ίδιο. Σε κάθε προσπάθεια διεκδίκησης μιας καλύτερης ποιότητας διαβίωσης που έκαναν οι πρόσφυγες ο διαχειριστής του κέντρου καλούσε την αστυνομία.

Το 2018 μετά από ένα επεισόδιο βίας ενός διαχειριστή κέντρου φιλοξενίας ενάντια σε ένα 19 χρονών προσφυγόπουλο, φυλακίστηκε και το κέντρο έκλεισε. (associazione , 2018)

Η παρουσία των παιδιών στα κέντρα φιλοξενίας είναι αισθητή καθώς ο αριθμός των ασυνόδευτων παιδιών είναι πολύ μεγάλος. Η διαβίωση στα κέντρα φιλοξενίας αν για έναν ενήλικα είναι δύσκολη για ένα παιδί είναι κολαστήριο. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των αποβιβαζομένων μη συνοδευόντων ανηλίκων σε Ελλάδα, Ιταλία και Ουγγαρία

ήταν 13.026 το 2014 και 12.360 το 2015. Ο αριθμός τους το 2016 διπλασιάστηκε σε 26.846 το 2016. Έως τις 31 Ιουλίου 2017, αριθμούσαν 12.583. (Flavia PESCE, 2017)

Αντίστοιχα στην ηπειρωτική Ελλάδα στα στρατόπεδα στα Οινόφυτα, στην Ελευσίνα και στα Διαβατά έκαναν διαμαρτυρίες οι πρόσφυγες για τις συνθήκες διαβίωσης καθώς και στη Μαλακάσα λόγω ελλιπούς παροχής ασφάλειας ως αφορμή τον θάνατο ενός πρόσφυγα από τη Συρία κατά τη διάρκεια κάποιας διαμαρτυρίας. Πολλά από αυτά τα στρατόπεδα δεν περνούν από τον απαραίτητο έλεγχο από την αρμόδια επιτροπή και δεν διαθέτουν νομικό πρόσωπο.

Οι συνθήκες στα νησιά του ανατολικού Αιγαίου ξεπερνούν κάθε φαντασία. Ο υπερπληθυσμός ήταν έντονος στην Λέσβο και τη Σάμο. 11.683 άτομα παρέμειναν σε εγκαταστάσεις RIC χωρητικότητας 6.438 θέσεων. Σύμφωνα με την UNHCR σε κέντρο χωρητικότητας 650 ατόμων στη Σάμο φιλοξενήθηκαν 4.000 άτομα και ανά βάρδια ένας μόνο γιατρός παρέχει περίθαλψη. Τα μπάνια είναι σπασμένα, οι άνθρωποι αναγκάζονται να χρησιμοποιούν τους θάμνους αντί για τουαλέτα. Η κατάσταση υγείας των προσφύγων με αυτό τον τρόπο χειροτερεύει. Οι άνθρωποι ζουν σε σκηνές στο κρύο, χωρίς ηλεκτρικό ρεύμα μαζί με φίδια και αρουραίους. Οι υποδομές σε αυτές τις περιπτώσεις των μαζικών συστεγάσεων δεν ευνοούν την υγιεινή διαβίωση. Μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για πυροδότηση επιδημιών.

Ακόμα πιο δυσάρεστο κάνει το γεγονός η ύπαρξη 200 ασυνόδευτων παιδιών, 60 εγκύων γυναικών και ατόμων με ειδικές ανάγκες. Στη Μόρια στη Λέσβο οι άνθρωποι χρειάζεται να περιμένουν στην ουρά 3 ώρες για να συλλέξουν τρόφιμα. Η ένταση και η δυσάρεσκεια εντείνεται σε τέτοιες περιπτώσεις με αποτέλεσμα να υπάρχει ένταση μεταξύ των προσφύγων, αύξηση της σωματικής και σεξουαλικής βίας. (Greek Council for Refugees, 2016)

Κατάσταση υγείας ευπαθών ομάδων

Είναι πιθανό μερικές υποομάδες των ευπαθών ομάδων φτάνοντας σε μια χώρα να έχουν υγιεινές συμπεριφορές όμως αυτό μπορεί να αλλάξει όταν έχουν μια λιγότερο ευνοϊκή κοινωνική θέση στις χώρες προορισμού τους που θα μπορούσε να οδηγήσει σε αλλαγή προς λιγότερο υγιείς συμπεριφορές. Άρα, σύμφωνα με αυτή την έρευνα η κατάσταση υγείας των προσφύγων αλλά και των μεταναστών επηρεάζεται άμεσα κατά την εγκατάσταση και

διαμονή τους στην χώρα υποδοχής. Για αυτό το μέρος του πληθυσμού θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν παρεμβάσεις που θα ενισχύσουν την καλή υγεία τους. Αυτό που καθορίζει σε πολλές περιπτώσεις την κατάσταση της υγείας του είναι συνήθως η χώρα προέλευσης. Σε πολλές περιπτώσεις η χώρα προέλευσης δεν είναι γνωστή στους αρμόδιους διότι οι άνθρωποι είναι στοιβαγμένοι και επικρατεί ένα χάος κατά τη 'συνέντευξη'. Επίσης, λόγω της δυσκολίας στην επικοινωνία και την μη ύπαρξη του απαιτούμενου χρόνου. (Antonio Chiarenza & και συν, 2019)



Πηγή:Skyrodos.gr



Πηγή:Dete

Οι μη μεταδοτικές ασθένειες είναι αυτές που είναι επικίνδυνες για τις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού σε

συνδυασμό με τις κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην χώρα υποδοχής. Για παράδειγμα σύμφωνα με άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία παρατηρήθηκε ότι το 58,7% των συριακών προσφύγων είχε υψηλό κίνδυνο απόκτησης μη μεταδοτικών ασθενειών.

Στη Γαλλία οι πρόσφυγες καλύπτονται δωρεάν από το καθολικό σύστημα ασφάλισης υγείας (Couverture Universelle Maladie Protection Complémentaire; CMU-C). Επιπλέον λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με το σύστημα υγείας σε 23 γλώσσες. (Health of refugees and migrants, 2018)

Όσο αφορά τους μετανάστες που ζουν στην Ιταλία αντιμετωπίζουν δυσκολίες καθώς το 1/3 δεν μιλά την ιταλική γλώσσα. Το 5-10% των μεταναστών στην Ιταλία δεν έχουν χαρτιά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα δυσκολίες στις διαδικασίες νομιμοποίησης της παραμονής τους στη χώρα αλλά και στην πρόσβαση τους στον τομέα της υγείας. (Istituto Nazionale di Statistica, 2014)



Πηγή:Lifo.gr

Σύμφωνα με εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας το 2016, λόγω του ελλιπούς εμβολιασμού των προσφύγων ή της άγνωστης κατάστασης εμβολιασμού και των παιδιών που εισέρχονται στην Ελλάδα, οργανώθηκε εμβολιασμός για Ιλαρά-Ερυθρά-Παρωτίτιδα, Διφθερίτιδα-Τέτανο-Κοκκύτη-Πολιομυελίτιδα και το εμβόλιο της φυματίωσης για τα νεογνά. (Ministry of Health, 2019)

Σε συνάντηση του ΠΟΥ όπου συμμετέχουν εκπρόσωποι 36 χωρών, ο γενικός γραμματέας Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας Ιωάννης Μπασκόζος ανέφερε ότι με την βοήθεια των ΜΚΟ, WHO και UNICEF πραγματοποίησαν >30.000 εμβολιασμούς σε παιδιά προσφύγων το οποίο και θεωρήθηκε μεγάλο επίτευγμα. (ONMED, 2017)



Πηγή:Tanea.gr

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2015 στην Γερμανία αναφέρεται ότι το 68,9% των παιδιών και των εφήβων ήταν μη εμβολιασμένα για ιλαρά, παρωτίτιδα, ερυθρά και ανεμοβλογιά. (Jablonka, 2016) Παρομοίως και στην έρευνα μας τα παιδιά της ΜΕΘ Παίδων αντίστοιχα ήταν μη εμβολιασμένα. (Alexandra Jablonka & και συν, 2015)

Μια έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2016 στο περιοδικό 'ClinicalMedicine' αναφέρει ανησυχητικά χαμηλό ποσοστό εμβολιασμού στα παιδιά των προσφύγων. Εξίσου στο δείγμα των προσφύγων που εξετάσαμε μόνο το 16% αναφέρθηκε πλήρως εμβολιασμένο.

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα τα παιδιά των ευπαθών ομάδων λόγω της έλλειψης επαρκούς υγιεινής πάσχουν συχνά από αναπνευστικές, γαστρεντερικές και δερματικές λοιμώξεις. Τα δερματικά τραύματα συνήθως είναι σοβαρά μολυσμένα και γι'αυτό συχνά χορηγούνται αντιβιοτικά στα παιδιά. Αντίστοιχα στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε στη ΜΕΘ Παίδων 96 από τα 125 παιδιά του δείγματος μας έπαιρναν κάποιο αντιβιοτικό. (Leigh Daynes, 2016)



Πηγή:WHO/Sara Barragan Montes



Ενώ τα σημάδια στους καρπούς του είναι ακόμα ορατά μετά τη θεραπεία, ο Abdallah ανακτά την ικανότητα να γράφει. (γ) UNHCR / Δ. Khamissy / Οκτώβριος 2016.

Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη ευπαθών ομάδων πληθυσμού μπορεί να αποτελέσει πρόκληση, καθώς μπορεί να είναι δύσκολο να επιτευχθεί για λόγους έρευνας. Ένα πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης είναι ότι παρόλο που μιλάμε για αρνητικά γεγονότα αποδείχτηκε ένα δύσκολο και ευαίσθητο θέμα. Ένας πιθανός περιορισμός της μελέτης μας μπορεί να είναι ότι αναφέραμε τις εμπειρίες των ερωτηθέντων, αλλά δεν γνωρίζουμε τι συνέβη από την άποψη των επαγγελματιών υγείας. Όσον αφορά τα εμπόδια που προέκυψαν κατά την διάρκεια υλοποίησης της εργασίας θα γίνει λόγος για τα πιο σημαντικά που αφορούν άμεσα τα στοιχεία της εργασίας μας.

Αρχικά, ενώ είχε γίνει η επιλογή 2 τμημάτων, του τμήματος επειγόντων περιστατικών Βενιζελείου και της Μονάδας εντατικής θεραπείας του ΠΑΓΝΗ από όπου θα αντλούσαμε πληροφορίες για την έρευνα μας το ένα από αυτά τα τμήματα και συγκεκριμένα το τμήμα επειγόντων περιστατικών του Βενιζελείου δεν μας επέτρεψε να έχουμε πρόσβαση στους φακέλους με τα ιστορικά των ασθενών. Η υπεύθυνη τους τμήματος απέρριψε την αίτηση μας για έγκριση πρόσβασης στους φακέλους των ασθενών με δικαιολογία ότι ο όγκος των φακέλων είναι μεγάλος και ότι η καλύτερη λύση είναι να καταφύγουμε στην αναζήτηση των στοιχείων από την ΜΕΘ Παίδων. Με τον τρόπο αυτό χάσαμε την ευκαιρία να έχουμε πρόσβαση σε ένα πολύ μεγαλύτερο δείγμα. Σκοπός μας ήταν και τα επείγοντα του ΠΑΓΝΗ όπου στατιστικά θα μας έδινε συμπεράσματα για τις κυριότερες αιτίες που προσέρχονται τα παιδιά των προσφύγων στα παιδιατρικά ΤΕΠ, πόσα χρειάζονται περαιτέρω νοσηλεία και πόσα όχι, ποια καταλήγουν στην ΜΕΘ και μετά από πόσες ώρες από την προσέλευση τους στα ΤΕΠ.

Επίσης, θα είχαμε συμπεράσματα όσον αφορά το ποσοστό του γενικού πληθυσμού που προσέρχεται σε σχέση με τους πρόσφυγες, και των τουριστών σε σχέση με τους πρόσφυγες αλλά και πόσα παιδιά του γενικού πληθυσμού νοσηλεύτηκαν μετά την προσέλευση τους στα ΤΕΠ στην παιδιατρική και πόσα προσφυγόπουλα αντίστοιχα, πόσα παιδιά τουριστών, πόσοι μετανάστες και πόσα τελικά στην ΜΕΘ. Μια καλή πρόταση για μελλοντική έρευνα θα ήταν διερευνηθούν παραπάνω αυτά τα ερωτήματα και επιπλέον να συμπεριληφθούν τα νοσοκομεία Χανίων, Ρεθύμνου, Αγίου Νικολάου και Ιεράπετρας.

Πέρα από την απόρριψη του ενός τμήματος υπήρξαν και άλλα μεγαλύτερα προβλήματα. Η ελλιπής καταγραφή των ιστορικών ήταν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα. Λόγω των προβλημάτων επικοινωνίας τα ιατρικά ιστορικά και οι παθήσεις των γονέων έμεναν πολλές φορές ασυμπλήρωτα ή ελλιπή. Τα επαγγέλματα των γονέων σε πολλές περιπτώσεις δεν αναγράφονταν. Επίσης λόγω του όγκου της δουλειάς ή του επειγόντως περιστατικού δεν καταγράφονταν κάποιες φορές επιπλέον πληροφορίες όπως η καταγωγή των μεταναστών ή δεν επιβεβαιωνόταν αν μια οικογένεια άνηκε στην ομάδα των προσφύγων. Συνήθως σπάνια έως ποτέ δεν αναφερόταν το στοιχείο αυτό αλλά συνήθως διαφαίνεται από στοιχεία του ιστορικού. Επιπλέον, θεωρούμε απίθανο κάποια απλά στοιχεία να έχουν παραληφθεί λόγω γλωσσικού περιορισμού και πόσο μάλλον στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς ήταν τουρίστες. Τέλος δεδομένου ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το 2010, πολλά ιατρικά ιστορικά ήταν χειρόγραφα με αποτέλεσμα πολλές φορές να μην γίνεται δυνατή η σωστή άντληση πληροφοριών εξαιτίας δυσανάγνωστου γραφικού χαρακτήρα.

Προτάσεις για την βελτίωση της καταγραφής των δεδομένων.

Οι προτάσεις για την βελτίωση της καταγραφής των δεδομένων στα δημόσια νοσοκομεία ώστε να γίνεται πιο αποτελεσματικά μελλοντικές έρευνες όπως την παρούσα συνοψίζονται στις εξής:

1. Εάν πρόκειται για αναλογική μέθοδο καταγραφής δεδομένων να μην γίνεται παράληψη βασικών πεδίων συμπλήρωσης όπως καταγωγή, αλλεργίες, πρόσφατη εγχείρηση, μεταδοτικά νοσήματα κτλ. Ο γραφικός χαρακτήρας επιβάλλεται να είναι ευανάγνωστος χωρίς την χρήση συντομογραφιών που δεν επεξηγούνται.
2. Τα δεδομένα κάθε μεταβλητής θα πρέπει να έχουν συγκεκριμένη δομή. Για παράδειγμα, στην μεταβλητή “Ηλικία” θα πρέπει να εισάγονται μόνο αριθμητικές τιμές και όχι λέξεις όπως “παιδί”.
3. Η φόρμα σχηματισμού θα πρέπει να είναι σε μορφή ερωτηματολογίου το οποίο θα συνδέεται με τα λογιστικά φύλλα του Microsoft Excel ούτως ώστε κάθε φορά που κάποιος κάνει μία καταγραφή, το Microsoft Excel αυτόματα

θα καταχωρεί μια καινούρια γραμμή με τα συγκεκριμένα δεδομένα σε κάποιο λογιστικό φύλλο.

Ανάλυση αποτελεσμάτων – Συμπεράσματα:

Η ενότητα αυτή αφορά την ανάλυση των αποτελεσμάτων καθώς και των συμπερασμάτων τόσο από την καταγραφή των ιστορικών των παιδιών όσο και από τους πίνακες που προκύπτουν από την συνολική καταγραφή όλων των στοιχείων.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι από τους 30 πρόσφυγες μόνο για το 16% ξέρουμε ότι είχε εμβολιαστεί πλήρως. Ευτυχώς όμως κανένα από αυτά τα άτομα δεν είχε θετική κ/α εισαγωγής βρογχικού, θετική κ/α εξόδου βρογχικού καθώς και ανθεκτικότητα σε αντιβιοτικά που έπαιρνε.

Εξετάζοντας την έκβαση επιβίωσης όλων των εισαγωγών κατά τα έτη που ερευνήσαμε από τα 1024 παιδιά απεβίωσαν τα 39. Τα 36 παιδιά ήταν ελληνόπουλα, ενώ τα 3 παιδιά ήταν αλλοδαποί που ανήκαν σε ευπαθείς ομάδες. Και τα 3 αυτά παιδιά ήταν παιδιά μεταναστών ηλικίας από 1 χρονών και πάνω.

Από την βιβλιογραφία αλλά και μέσω της καταγραφής των παιδιών στην εργασία προκύπτει ότι τα αγόρια είναι περισσότερα από τα κορίτσια όσο αφορά τα ατυχήματα ως αίτιο εισόδου στην ΜΕΘ. Τα αγόρια είναι 22 ενώ τα κορίτσια 8 και κατέχουν το 73,3% και 26,6% αντίστοιχα από το σύνολο των 30 παιδιών που εισήλθαν στην ΜΕΘ λόγω κάποιου ατυχήματος.

Τέλος ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι οι πρόσφυγες είχαν τους λιγότερο φυσιολογικούς τοκετούς και τις περισσότερες καισαρικές σε σύγκριση με τους μετανάστες και τον γενικό πληθυσμό. Τα περισσότερα παιδιά κατά οικογένεια τα είχαν οι αλβανικής καταγωγής οικογένειες.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μέσα από την υλοποίηση της εργασίας παρατηρήθηκε ότι οι ευπαθείς ομάδες είναι αυτές που έρχονται κατά μέτωπο με δυσκολίες κάθε είδους. Όσο αφορά τον τομέα της υγείας η πρόληψη είναι αυτή που κατά κύριο λόγο πάσχει. Η μη παρακολούθηση της εξέλιξης της κύησης, της ανάπτυξης των παιδιών καθώς και η πραγματοποίηση εμβολιασμών για την πρόληψη ασθενειών ενισχύουν τα ποσοστά νοσηρότητας των παιδιών των προσφύγων, μεταναστών και των οικονομικά αδύναμων οικογενειών.

Τέλος για να γίνει στο μέλλον μια πιο διευρυμένη μελέτη χρειάζεται να καταγραφούν όλα τα περιστατικά που ήρθαν σε όλα τα νοσοκομεία του νησιού, ακόμη και παιδιά που ήταν σε κέντρα φιλοξενίας έτσι ώστε να γίνει ασφαλή καταγραφή στοιχείων από ένα ικανό αριθμό δείγματος.



Πηγή: Pressenza

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Instituto Nazionale di Statistica. (2014, Juli 25). DIVERSITA' LINGUISTICHE TRA I CITTADINI STRANIERI. (U. Europea, Επιμ.) Ανάκτηση από <https://www.istat.it/it/files/2014/07/diversit%C3%A0-linguistiche-imp.pdf>
- A. Efstratiou, a. R. (2006). *Microbiology and epidemiology of diphtheria*. Rev Med Microbiol .
- A.Chin. (2009). Hepatitis A, B, C, D, E, epidemiology, etiology, treatment and molecular biology. *Clin Microbiol*, 5:113-115.
- A.Houre. (2009-2010). *Poliomyelitis outbreak*. Finland: CDS.
- Academies, I. o. (2002). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington: DC: National Academy Press. Ανάκτηση από https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Unequal+Treatment:+Confronting+Racial+and+Ethnic+Disparities+in+Health+Care&publication_year=2002&
- Agency, T. U. (χ.χ.). *UNHCR*. Ανάκτηση από <https://help.unhcr.org/greece/el/rights-and-duties/rights-and-duties-of-refugees/>
- Alexandra Jablonka, & και συν. (2015). *Measles, mumps, rubella, and varicella seroprevalence in refugees in Germany in 2015*. Springer.
- Anders Hjern, A. K. (2018). *The Migration and Health programme*. UN city.
- Antonio Chiarenza , & και συν. (2019, Ιούλιος). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research*. Ανάκτηση από <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4353-1>
- ASGI. (χ.χ.). *Asylum in Europe*. Ανάκτηση από <https://www.asylumineurope.org/reports/country/italy/reception-conditions/housing/conditions-reception-facilities>
- associazione , p. g. (2018). *CONDITIONS IN RECEPTION FACILITIES*. Italy: aida,ecre. Ανάκτηση 2020, από <https://www.asylumineurope.org/reports/country/italy/reception-conditions/housing/conditions-reception-facilities>
- Bannister, E. R. (2009). *Clostridium tetani and toxin detection*. Ανάκτηση από <https://www.journals.elsevier.com/clinical-microbiology-newsletter>
- Carey-Ann Burnham, C. D. (2009). *Clin Microbiol. Newsletter*.
- Chen FM, F. G. (2005). Patients' beliefs about racism, preferences for physician race, and satisfaction with care. (A. o. Medicine, Συντάκτης) Ανάκτηση από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15798040>
- Chiarenza, A. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research volume* .

- Delan Devakumar, M. B. (2015). *Child health in Syria: recognising the lasting effects of warfare on health*. Ανάκτηση από PMC: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
- Dougherty, D. M. (2005, March). *Children's Health Care in the First National Healthcare Quality Report and National Healthcare Disparities Report*. Ανάκτηση από Medical Care: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2005/03001/Children_s_Health_Care_in_the_First_National.9.aspx
- Douglas D. Richman, R. J. (2002). *Clinical Virology Microbiology*. American Society for Microbiology Press.
- Flavia PESCE. (2017, December). Integration of Refugees in Greece, Hungary and Italy. (E. Union, Επιμ.) Brussels. Ανάκτηση από [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/614194/IPOL_STU\(2017\)614194\(ANN03\)_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/614194/IPOL_STU(2017)614194(ANN03)_EN.pdf)
- Greek Council for Refugees. (2016). CONDITIONS IN RECEPTION FACILITIES. Greece: aida,ecre. Ανάκτηση από <https://www.asylumineurope.org/reports/country/greece/reception-conditions/housing/conditions-reception-facilities>
- Health of refugees and migrants. (2018). Regional situation analysis, practices,. (WHO, Συντάκτης) Ανάκτηση από <https://www.who.int/migrants/publications/EURO-report.pdf>
- Health, D. o. (1996). *Cumulated Index Medicus*. Public Health Service, National Institutes of Health, National Library of Medicine.
- Health, R. M. (Επιμ.). (2018, March). Refugee Camps: Poor Living Conditions and their Effects on Mental Health. Ανάκτηση από <https://sites.duke.edu/refugeementalhealth/2018/03/27/refugee-camps-poor-living-conditions-and-their-effects-on-mental-health/>
- International Health Policy Program, D. o. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. Thailand: BMC Health Serv Res. Ανάκτηση από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574510/?fbclid=IwAR3H1xwWWhbvnCFqbTGZvAybWUscZj4ByWLiVihJbulnHVyCwiRyDURSYg>
- Istat. (2014). *Istat*. Ανάκτηση από <https://www.istat.it/it/files//2014/07/diversit%C3%A0-linguistiche-imp.pdf>
- Jablonka, A. (2016). Measles, mumps, rubella, and varicella seroprevalence in refugees in Germany in 2015. . Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s15010-016-0926-7>
- Jeanine Suurmond, E. U.-L. (2011, januari). Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*.
- Leigh Daynes. (2016, October). The health impacts of the refugee crisis: a medical charity perspective. London, England. Ανάκτηση από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6297302/>
- Ministry of Health. (2019). Εμβολιασμοί προσφύγων - μεταναστών.
- Nichols, K. A. (2006). *Psychological care by nurses paramedical and Medical staff: Essential developments for the general hospitals*. The British Psychological Society.

- ONMED. (2017). *Onmed*. Ανάκτηση από <https://www.onmed.gr/ygeia-politiki/story/352790/o-poy-gazei-to-kapelo-stin-ellada-gia-tin-emvoliasitiki-kalypsi-ton-prosfygon>
- Parliament, E. (2017). *European Parliament*. Retrieved from [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/614194/IPOL_STU\(2017\)614194\(ANN03\)_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/614194/IPOL_STU(2017)614194(ANN03)_EN.pdf)
- Prevention, C. f. (2009). Rubella prevention. MMRW.
- Refugees, Greek Council. (χ.χ.). CONDITIONS IN RECEPTION FACILITIES. Greece.
- Regan, J. (2008). The laboratory diagnosis of whooping cough. Ανάκτηση από <https://www.journals.elsevier.com/clinical-microbiology-newsletter>
- Tom Lissauer, G. C. (2008). *ILLUSTRATED TEXTBOOK OF PAEDIATRICS* (Τόμ. 3rd). Mosby.
- Van Ryn M. (2002). Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care. (M. Care, Επιμ.) USA. Ανάκτηση 2010, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11789627>
- W.H.O. (2010). Measles control. EPI GEN.
- WHO. (2018). *WHO*. Ανάκτηση από <https://www.who.int/migrants/publications/EURO-report.pdf>
- A.Καφεντζής. (2012). *Εμβόλια και εμβολιασμοί* (Τόμ. 2). Βιβλίο της υγείας.
- A.Πρέκατες. (2009). *Σοβαρές Λοιμώξεις Μαλακών Μορίων στο Νοσοκομείο ή τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας*.
- Αξιωτέλλης. (1993). Ατυχήματα.
- Γ. Παπαγεωργίου, Γ. Φ. (2008). *Βιβλιοπαρουσιάσεις πρόληψη και έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων*. Αθήνα: Εκδόσεις Ζ.
- Δ. Μπαλούρδος, Ν. Σ. (2004). *Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες και διακρίσεις στην αγορά εργασίας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Έμκε Πουλοπούλου, Ή. (2004). *Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής. Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις*. (Μ. Σ. Λ. Μουσούρου, Επιμ.)
- Ευαγγελή, Κ. (2018). *ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ*. ΤΕΙ Ηπείρου, Νοσηλευτικής, Ιωάννινα.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2017, Ιούλιος). Η Ευρωπαϊκή Ένωση και η μεταναστευτική κρίση. (Ε.Ε, Επιμ.) Ανάκτηση από <https://op.europa.eu/webpub/com/factsheets/migration-crisis/el/>
- Ι.Κ.Α. (χ.χ.). Ανάκτηση 2019, από <https://www.ika.gr/>
- Κώστας Δημουλάς, Γ. ΄. (1998). *Κοινωνικός αποκλεισμός: Η ελληνική εμπειρία*. (Κ. Κασσιμάτη, Επιμ.) Gutenberg.
- Ν.ΜΑΤΣΑΝΙΩΤΗΣ. (2004). *Η Σύγχρονη Ιατρική, Οικογενειακή Υγεία, Παιδί και Φροντίδα* (Τόμ. 3ος). Αθήνα: Π.Φυκίρη.
- Ο.Α.Ε.Δ. (χ.χ.). Ανάκτηση από <http://www.oaed.gr/>
- Ο.Γ.Α. (χ.χ.). Ανάκτηση 2019, από <http://www.oga.gr/>

- Παυλοπούλου, Ε. Α. (2003). *Φορεία Neisseria Meningitidis σε παιδιά σχολικής ηλικίας παράγοντας κινδύνου και χαρακτηριστική απομονωθέντων στελεχών*. Παιδιατρική.
- ΣΤΟΪΚΙΔΟΥ, Μ. (2006). *ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 5-14 ΕΤΩΝ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΚΙΛΚΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2001 – 2005*. Πτυχιακή εργασία, ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΑΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, Αθήνα.
- Συνήγορος του Πολίτη, Α. Π. (χ.χ.). *Δικαιώματα του παιδιού*. Αθήνα. Ανάκτηση από <https://www.synigoros.gr/?i=childrens-rights.el>
- Υπουργείο Υγείας. (2016). *Υπουργείο Υγείας*. Ανάκτηση από <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/emboliasmoi/alles-systaseis-ths-ethnikhs-epitrophs-emboliasmwn/6359-emboliasmoi-prosfygwn-metanastwn>
- Φειδάκη, Μ. (2012-2013). *ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΙΑ: Δύο μορφές ξεριζωμού Αιτίες, συνέπειες, προβλήματα ένταξης*. *Project*.
- ΦΩΤΕΙΝΗ, Κ. (2013). *ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ Μ.Ε.Θ - Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΟΣ*. ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ – ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, Νοσηλευτικής, Διδυμότειχο.