



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΙ ΛΑΡΙΣΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ
ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

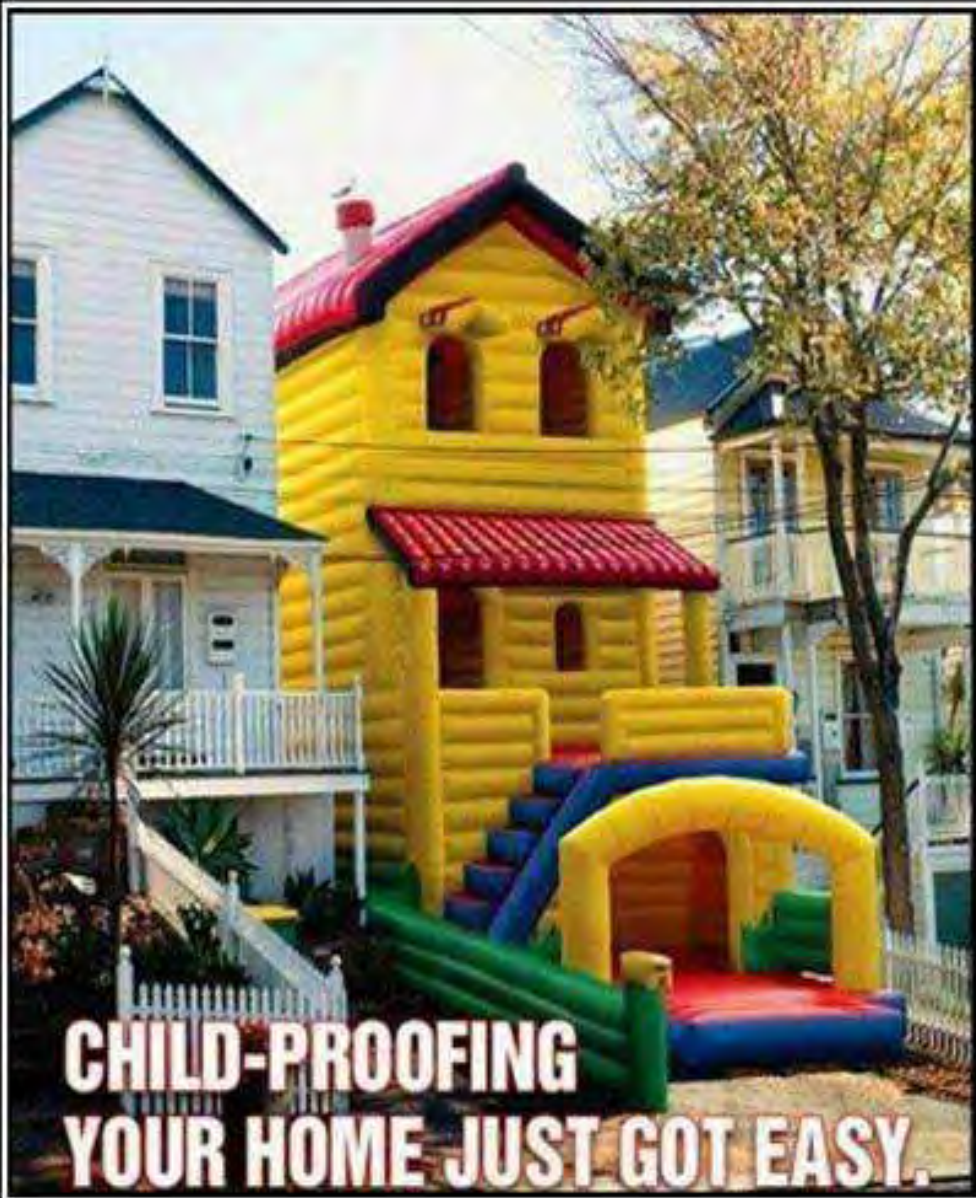
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια:

Γιασυράνη Λαμπρινή

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Δρ. Ζ. Ρούπα

ΛΑΡΙΣΑ 2012



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί τη Μεταπτυχιακή μου εργασία στα πλαίσια των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής σε συνεργασία με το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Λάρισας, υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας Ζωής Ρούπα, στην οποία οφείλω ιδιαίτερες ευχαριστίες τόσο για την ανάθεση της εργασίας όσο και για τη γενικότερη συμβολή της στην επαγγελματική μου σταδιοδρομία. Με την ευκαιρία αυτή θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και την Νοσηλεύτρια ΠΕ, υποψήφια Διδάκτωρ Αγγελική Τσιλιγιάννη, για τη βοήθεια, τις πολύτιμες συμβουλές, την υποστήριξη και την καθοδήγηση που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας μελέτης.

Κυρίως θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου που με στηρίζει, αλλά και επωμίζεται τις επιλογές μου....

Πίνακας περιεχομένων	σελ
Πρόλογος.....	5
Περίληψη.....	7
Abstract.....	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
1. Εισαγωγή.....	9
1.1 Τι είναι το ατύχημα.....	10
1.2 Κατηγορίες παιδικών ατυχημάτων.....	11
1.3 Συχνότητα παιδικών ατυχημάτων.....	14
1.4 Πρόληψη ατυχημάτων / ασφάλεια.....	20
1.5 Δεδομένα από έρευνες στην Ελλάδα.....	24
1.6 Δεδομένα από διεθνείς έρευνες.....	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	355
2.1 Σκοπός.....	35
2.2 Υλικό και μέθοδος.....	35
2.2.1. Στατιστική επεξεργασία.....	35
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	36
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	46
Βιβλιογραφία.....	50

Πρόλογος

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

Τα τραύματα που οφείλονται σε ατυχήματα αντιπροσωπεύουν ένα σοβαρότατο πρόβλημα, καθώς έχουν σαν κύριο αίτιό τους την απώλεια ζωής σε παιδιά και εφήβους. Πράγματι στις μέρες μας περισσότεροι είναι οι θάνατοι των παιδιών και των εφήβων, οι οποίοι οφείλονται σε ένα ατύχημα από αυτούς που προκαλούν όλες οι παιδικές ασθένειες. Επιπλέον τα ατυχήματα ευθύνονται για τις παιδικές αναπηρίες σοβαρές ή μη καθώς και για την απώλεια των πιο παραγωγικών χρόνων της ζωής ενός παιδιού (ΚΕΠΑ 2007).

Τα ατυχήματα που απειλούν τα παιδιά είναι πολλά όπως τροχαία, πτώσεις, δηλητηριάσεις, εγκαύματα, πνιγμός και άλλα. Μπορούν να συμβούν οποιαδήποτε στιγμή και οπουδήποτε όπως στο σπίτι, στο σχολείο, στο δρόμο, στο αυτοκίνητο, στη θάλασσα, στην εξοχή, στον παιδότοπο ακόμα και στις διακοπές Γι' αυτό το λόγο οι γονείς και η κοινωνία πρέπει να μεριμνούν για μία σωστή και συστηματική πρόληψη απέναντι στα παιδικά ατυχήματα (Τσουμάκας 2006).

Υπάρχει μία ιδιαίτερη κατανομή του είδος των ατυχημάτων αφού σχετίζονται άμεσα με τις ηλικιακές ομάδες των παιδιών και τις ιδιαιτερότητες που αυτές έχουν. Η πλειονότητα των ατυχημάτων υπάρχει σαφώς σε όλες τις ηλικιακές ομάδες αλλά αυτό το οποίο διαφέρει ανά ηλικία είναι η συχνότητα αυτών των ατυχημάτων. Όσον αφορά λοιπόν τα παιδιά κάτω των πέντε ετών εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα στα ατυχήματα που συμβαίνουν στο σπίτι και στον περιβάλλοντα χώρο. Αντιστοίχως, τα μεγαλύτερα παιδιά και τα παιδιά που βρίσκονται στην εφηβεία εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα στα τροχαία ατυχήματα. Επειδή όμως τα ποσοστά αυτών των ατυχημάτων είναι ιδιαίτερος ανησυχητικά αλλά και αποθαρρυντικά αυξανόμενα πρέπει να δοθεί

μεγάλο βάρος στην προσπάθεια λήψης μέτρων για την πρόληψη αυτής της μάστιγας που κατακλύζει την εποχή μας (Pérez-Suárez *et al.*, 2012).

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των παιδικών ατυχημάτων τα οποία συμβαίνουν σε αστικά κέντρα καθώς και τους παράγοντες κινδύνου που χαρακτηρίζουν αυτά τα ατυχήματα. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιουνίου-Ιουλίου 2012.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι πτώσεις είναι τα συχνότερα ατυχήματα στην παιδική ηλικία και συμβαίνουν μέσα στο σπίτι. Η απουσία επίβλεψης συνδυάζεται με σοβαρότερα ατυχήματα, ενώ διαφορές παρουσιάζονται και ως προς το είδος των ατυχημάτων μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Κανένα θανατηφόρο ατύχημα δεν αναφέρθηκε.

Ως προς το είδος των ατυχημάτων, οι πτώσεις σε όλες τις σχετικές έρευνες σε Ελλάδα και διεθνώς (Bulut *et al.*, 2006, Γαλεράκη και συν., 2010) κρατούν τα πρωτεία και είναι συχνότερες στα αγόρια, επιβεβαιώνοντας και το εύρημα της παρούσας μελέτης.

Περίληψη

Στον 21ο αιώνα οι ακούσιες σωματικές κακώσεις (ατυχήματα), αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας στις νεαρές ομάδες ηλικιών. Τα ατυχήματα τόσο σε παιδιά (0-14 ετών) και όσο και σε ενήλικες νεαρής ηλικίας ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων από οποιαδήποτε άλλη νοσολογική οντότητα, αποτελούν την κύρια αιτία αναπηρικών καταστάσεων.

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των παιδικών ατυχημάτων τα οποία συμβαίνουν σε αστικά κέντρα καθώς και τους παράγοντες κινδύνου που χαρακτηρίζουν αυτά τα ατυχήματα. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιουνίου-Ιουλίου 2012.

Διακόσιοι πέντε γονείς (δείγμα ευκολίας) συμπλήρωσαν ισάριθμα ερωτηματολόγια σχετικά με τα ατυχήματα που είχαν τα παιδιά τους στην παιδική τους ηλικία, ενώ παράλληλα ρωτήθηκαν και τα δημογραφικά στοιχεία γονέων – παιδιών. Εξετάστηκαν, μεταξύ άλλων, ο τόπος, το είδος και η συχνότητα των ατυχημάτων

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν μεταξύ άλλων είναι: Οικονομική επιβάρυνση στην οικογένεια αναφέρεται στο 33,3% των περιπτώσεων και ψυχολογικές επιπτώσεις στο παιδί στο 3,3%. Κύρια πηγή συμπαράστασης ήταν οι παππούδες και άλλοι κοντινοί συγγενείς (Οι μισοί περίπου γονείς πίστευαν ότι το ατύχημα μπορούσε να προληφθεί). Στο 85,9% των περιπτώσεων το παιδί χρειάστηκε να μεταφερθεί σε Κέντρο Υγείας ή Νοσοκομείο, ενώ νοσηλεία απαιτήθηκε στο 11,2%. Βοήθεια από τις Υπηρεσίες Υγείας της Κοινότητας υπήρξε στο 15,6%. Ανάμεσα στα αίτια των παιδικών ατυχημάτων ξεχωρίζουν οι πτώσεις με ποσοστό 60,5%. Άλλα σημαντικά αίτια είναι οι τραυματισμοί με αιχμηρά αντικείμενα (11,9%) και η κατάποση ξένου σώματος/ ασφυξία με ποσοστό 7,6%. Σε σχέση με το χώρο του σπιτιού που συνέβη το ατύχημα, το σαλόνι ήταν ο κύριος χώρος ατυχήματος με ποσοστό 24,8%. Το υπνοδωμάτιο και η κουζίνα ακολουθούσαν με ποσοστό 19,8% και 18,2% αντίστοιχα. Τα λιγότερα ατυχήματα συνέβησαν σε κήπους και αυλές (ποσοστό 4,1% για κάθε χώρο). Όταν υπήρχε επίβλεψη, τα ατυχήματα ήταν αμελητέα σε ποσοστό 33%, ενώ όταν δεν υπήρχε επίβλεψη το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 16%, διαφορά στατιστικά σημαντική. Όταν υπήρχε επίβλεψη, ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο διαπιστώθηκε σε ποσοστό 12,6%, ενώ όταν δεν υπήρχε επίβλεψη, αυτό το ποσοστό διπλασιαζόταν (25,7%). Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική. Ο τραυματισμός από πτώση, από αιχμηρό αντικείμενο και ο πνιγμός ήταν συχνότερα στα αγόρια, ενώ το έγκαυμα, η κατάποση ξένου σώματος/ υγρού και τα τροχαία ήταν συχνότερα στα κορίτσια του δείγματος. Οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές

Η απουσία επίβλεψης συνδυάζεται με σοβαρότερα ατυχήματα, ενώ διαφορές παρουσιάζονται και ως προς το είδος των ατυχημάτων μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Κανένα θανατηφόρο ατύχημα δεν αναφέρθηκε. Όσον αφορά την περίθαλψη των παιδιών, τα Κέντρα Υγείας ενεπλάκησαν σε μικρό ποσοστό.

Λέξεις κλειδιά : Παιδί, Ατυχήματα, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Γονείς, Επίβλεψη

Abstract

In the 21st century the involuntary bodily injuries (accidents) are the most important health problem in young age groups. The accidents in both children (0-14 years) and in young adults account for a larger proportion of deaths than any other disease and are the main causes of disability.

The aim of this work is to study the epidemiological characteristics of childhood accidents that occur in urban centers and the risk factors that characterize these accidents. The study was conducted during the period June-July 2012.

Two hundred and five parents (convenience sample) filled in a questionnaire with closed type questions about the accidents their children had in childhood. Demographic characteristics were collected as well. The place, frequency and hospitalization regarding childhood accidents were interviewed among other parameters.

The conclusions among others are: economic burden on the family mentioned in 33.3% of cases and psychological effects on the child at 3.3%. Main source of support was the grandparents and other close relatives (About half of parents believed that the accident could be prevented). In 85.9% of cases, the child had to be transferred to hospital or health center, and required hospitalization in 11.2% of cases. Help from Community Health Services was at 15.6%. Among the causes of childhood accidents falls singles rate to 60.5%. Other important causes are injuries with sharp objects (11.9%) and foreign body ingestion / suffocation by 7.6%. In relation to the house of the accident, the living room was the main accident area with rate of 24.8%. The bedroom and the kitchen followed with 19.8% and 18.2% respectively. Fewer accidents occurred in gardens and yards (4.1% for each site). When there was supervision, accidents were negligible by 33%, while when there was no supervision, the figure was 16%, a statistically significant difference. When there was supervision hospitalization need was 12.6%, and when there was no supervision, this figure doubled (25.7%). The difference was statistically significant. An injury from a fall from a sharp object and drowning were more common in boys, while burning, foreign body ingestion / drowning and traffic was more common in girls. The differences were not statistically significant

The lack of supervision correlated with serious accidents, while differences occur as to what sort of accidents happen between boys and girls. No fatalities were reported. Regarding child care, health centers were involved in a small percentage.

Key words: Accidents, childhood, Primary Health Care, Parents, Supervision

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

Στον 21ο αιώνα οι ακούσιες σωματικές κακώσεις (ατυχήματα), αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας στις νεαρές ομάδες ηλικιών. Τα ατυχήματα τόσο σε παιδιά (0-14 ετών) και όσο και σε ενήλικες νεαρής ηλικίας ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων από οποιαδήποτε άλλη νοσολογική οντότητα, αποτελούν την κύρια αιτία αναπηρικών καταστάσεων, καταναλώνουν σημαντικό τμήμα των υπηρεσιών του Συστήματος Υγείας (Bonnie *et al.*, 1999) και συνδυάζονται με σοβαρή ψυχοκοινωνική επιβάρυνση, μια συνιστώσα η οποία ορίζεται σήμερα ως μετατραυματικό σύνδρομο (ΚΕΠΑ, 2007). Στη Βρετανία υπολογίζεται ότι ένα στα πέντε παιδιά κάθε έτος θα έχει ατύχημα που θα το οδηγήσει σε ΤΕΠ (Sibert *et al.*, 1981).

Τα ατυχήματα όμως, δεν αποτελούν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τα παιδιά, μόνο τις τελευταίες δεκαετίες. Με την ανάπτυξη της ιατρικής και των αντιβιοτικών φαρμάκων, από τις αρχές του 20 αιώνα τα ποσοστά θνησιμότητας παιδιών και βρεφών από ασθένειες μειώθηκαν αξιοσημείωτα, ενώ αυτά από ατυχήματα δε μειώθηκαν αλλά μάλλον αυξήθηκαν. Κατά τον Jacobnizer (1954), στην Αμερική το 1930, οι θάνατοι από ατυχήματα ήταν το 11% του συνόλου για τις ηλικίες 1-4 ετών, ενώ το 1950, αυξήθηκε στο 17%. Οι Jacobziner και Rich (1954), τόνισαν ότι "όχι μόνο τα ατυχήματα κατέχουν την πρώτη θέση ως αιτία θανάτου στις ηλικίες 1 έως 24 ετών", αλλά ότι "το 1952 στη Νέα Υόρκη περισσότερα παιδιά στην ηλικιακή ομάδα 1 έως 5 ετών, έχασαν τη ζωή τους από θανατηφόρα ατυχήματα από ό, τι από διφθερίτιδα, κοκκύτη, ιλαρά, ερυθρά, πολιομυελίτιδα, ρευματικό πυρετό, μηνιγγίτιδα, και φυματίωση αθροιστικά."

Στην Ευρώπη τα πράγματα δεν παρουσιάζουν μεγάλη διαφορά. Τα ατυχήματα αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα νεοπλάσματα για τον πληθυσμό της Ευρώπης, ενώ σύμφωνα με σχετική έκθεση του Κέντρου Ερευνών Innocenti της UNICEF, η οποία δημοσιεύτηκε το 2001, οι τραυματισμοί είναι η κυριότερη αιτία παιδικών θανάτων σε όλα τα ανεπτυγμένα

κράτη και είναι υπεύθυνοι για σχεδόν το 40% των θανάτων παιδιών στην ηλικιακή ομάδα 1 έως 14 ετών (Μπάκα και Παπαμιχαήλ, 2008 Alwash and McCarthy, 1988).

Στην Ελλάδα, τα στοιχεία είναι επίσης αποκαρδιωτικά. Σύμφωνα με το ΚΕΠΑ (2007), η κατανομή θανάτων από ακούσιο τραυματισμό σε παιδιά (0-14 έτη), για τα έτη 1992-2004 ανά είδος ατυχήματος, ηλικία και φύλο παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Από τους 123 θανάτους παιδιών που σημειώνονται ετησίως στη χώρα μας κατά μέσο όρο, η μεγαλύτερη αναλογία για όλα σχεδόν τα είδη ατυχημάτων και όλες τις ηλικιακές ομάδες αφορά αγόρια (60%). Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4 ετών, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 5-9.

Πίνακας 1: Κατανομή θανάτων από ακούσιο τραυματισμό σε παιδιά (0-14 έτη) στην Ελλάδα για τα έτη 1992-2004 ανά είδος ατυχήματος, ηλικία και φύλο (ΚΕΠΑ, 2007).

Ηλικία	0-4 έτη			5-9 έτη			10-14 έτη			0-14 έτη		
	A	K	Σύνολο	A	K	Σύνολο	A	K	Σύνολο	A	K	Σύνολο
Είδος ατυχήματος												
Τροχαίο	130	92	222	161	118	279	237	136	373	528	346	874
Πνιγμός	24	16	40	36	8	44	36	15	51	96	39	135
Πτώση	24	20	44	10	7	17	14	7	21	48	34	82
Έγκαυμα	15	14	29	6	6	12	4	2	6	25	22	47
Δηλητηρίαση	2	4	6	1	0	1	4	12	16	7	16	23
Λοιπά/αδιευκρίνηστα αίτια	174	141	315	24	24	48	45	24	69	243	189	432
Σύνολο	369	287	656	238	163	401	340	196	536	947	646	1593

1.1 Τι είναι το ατύχημα

Ως ατύχημα ορίζουμε την οξεία έκθεση σε ενέργεια, η οποία μπορεί να είναι μηχανική, θερμική, ηλεκτρική, χημική καθώς επίσης συμπεριλαμβάνονται και συνθήκες στέρησης βασικών ζωτικών παραμέτρων, όπως η θερμότητα και το οξυγόνο. Οδηγό σημείο πρέπει να αποτελέσει η αλλαγή της διαδεδομένης αντίληψης ότι το ατύχημα αποτελεί κατά κανόνα "τυχαίο" και κατά συνέπεια αναπόφευκτο γεγονός.

Ένα ατύχημα μπορεί να προκληθεί ακούσια ή εκούσια. Τα ακούσια ατυχήματα είναι τα τροχαία, τα οικιακά και ελεύθερου χρόνου ατυχήματα (πτώσεις, εγκαύματα, δηλητηριάσεις, πνιγμοί - πνιγμονές, ατυχήματα σε αθλοπαιδιές) και τα επαγγελματικά. Τα εκούσια ατυχήματα είναι η βία η οποία χωρίζεται σε αυτόκλητα (αυτοκτονίες και απόπειρες) και ετερόκλητα (Πετρίδου, 2005).

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

1.2 Κατηγορίες παιδικών ατυχημάτων

A. Τροχαία

Τροχαίο ατύχημα εννοούμε το ατύχημα που συμβαίνει σε δημόσιο δρόμο ή χώρους ανοιχτούς στην κυκλοφορία οχημάτων, με αποτέλεσμα το θάνατο ή τον τραυματισμό ενός ή περισσότερων ατόμων και την εμπλοκή τουλάχιστον ενός οχήματος. Δεν περιλαμβάνονται ατυχήματα που σαν συνέπεια έχουν αποκλειστικά υλικές ζημιές.

Όταν λέμε τραυματισμός από τροχαίο ατύχημα εννοούμε τον τραυματισμό που προκλήθηκε σε έναν ή περισσότερους από τους οδικούς χρήστες, οι οποίοι ενεπλάκησαν στο ατύχημα. Θανατηφόρο ατύχημα ορίζεται το ατύχημα στο οποίο το θύμα σκοτώθηκε επιτόπου ή εντός 30 ημερών από την ημέρα του ατυχήματος.

Το παιδί μπορεί να βρεθεί θύμα τροχαίου είτε ως πεζός, ως επιβάτης, ως ποδηλάτης ή ως οδηγός κατά την εφηβεία. Ως αίτια των παιδικών τροχαίων ατυχημάτων ενοχοποιούνται το ίδιο το παιδί, η ηλικία του και οι φυσικές του αδυναμίες λόγω μικρού αναστήματος και περιορισμένης ορατότητας και το περιβάλλον του, οι γονείς του και οι δάσκαλοί του που δεν φροντίζουν για τη σωστή εκπαίδευση και πληροφόρηση του παιδιού. Επιπλέον ενοχοποιείται η κατάσταση του οδικού δικτύου, η συμπεριφορά των οδηγών και η μη χρήση προστατευτικών μέτρων, όπως ζώνη ασφαλείας, κράνος και παιδικό κάθισμα για την ασφαλή μεταφορά του παιδιού με το αυτοκίνητο (Τσουμάκας, 2006, Soori and Bhopal 2002).

B. Πνιγμοί

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

Ως παρ' ολίγον πνιγμός (near drowning) ορίζεται η επιβίωση του θύματος για τουλάχιστον 24 ώρες από ένα τέτοιο επεισόδιο. Ο "παρ' ολίγον πνιγμός", σύμφωνα με τον ορισμό, είναι ένα γεγονός ικανής σοβαρότητας, ώστε να απαιτήσει ιατρική φροντίδα και να συνεπάγεται ουσιώδη νοσηρότητα ή ακόμα και θάνατο, απαραίτητος μετά το πρώτο 24ωρο.

Πνιγμός επίσης μπορεί να συμβεί στα πλαίσια μεγάλων φυσικών καταστροφών, αλλά και ατυχημάτων με μέσα μαζικής μεταφοράς ανθρώπων όπως πλοία, αεροπλάνα, υδροπλάνα.

Η πνιγμονή ως ορισμός αναφέρεται στο μηχανισμό απόφραξης των ανώτερων αεραγωγών, ανεξάρτητα από το μέσο που την προκαλεί και από την έκβαση, εάν δηλαδή εξελιχθεί σε πλήρη απόφραξη και ασφυξία ή αντίθετα το εμπόδιο ξεπεραστεί, είτε αυτόματα είτε με προσπάθεια του ατόμου είτε, τέλος, με βοήθεια τρίτου προσώπου (π.χ. χειρισμός «Heimlich»), (Πετρίδου, 2005).

Γ. Πτώσεις

Οι πτώσεις είναι κατά κύριο λόγο τα ατυχήματα, που σκοτώνουν περισσότερα άτομα (μετά τα τροχαία). Σύμφωνα με μία σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το έτος 2004, η πτώση ήταν η κύρια αιτία ατυχημάτων στα παιδιά και συχνά ήταν υπεύθυνος ο εξοπλισμός σε παιδικούς σταθμούς, (Dedoukou *et al.*, 2006). Ως αίτια των πτώσεων ενοχοποιούνται κυρίως τα γλιστρήματα ή τα παραπατήματα στο ίδιο επίπεδο, ενώ σπάνιες είναι οι πτώσεις από υψηλά σημεία. Στις πτώσεις όπως εξετάζονται στην παρούσα εργασία, συγκαταλέγονται και τα ατυχήματα των παιδιών με ποδήλατο (όταν πέφτουν μόνα τους), σε αθλητικές και άλλες εξωτερικές δραστηριότητες, καθώς και μέσα στο σπίτι και το σχολείο (σκάλες, κρεβάτι κτλ) (Watson *et al.*, 2005).

Δ. Εγκαύματα

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

Τα εγκαύματα διακρίνονται σε μερικού πάχους που είναι τα εγκαύματα 1ου βαθμού, που προσβάλλουν τις επιφανειακές στιβάδες της επιδερμίδας και τα εγκαύματα 2ου βαθμού, που εκτείνονται σε διάφορο πάχος στην επιδερμίδα (με σχηματισμό φυσαλίδων) και σε τμήμα του χορίου και τα ολικού πάχους που είναι τα 3ου βαθμού, τα οποία χαρακτηρίζονται από καταστροφή όλων των στοιχείων του δέρματος και θρόμβωση του υποδορίου πλέγματος (Τσουμάκας, 2006).

Ε. Δηλητηρίαση

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

Η δηλητηρίαση μπορεί να συμβεί από δηλητήρια οικιακής χρήσης όπως λευκαντικά, διαλυτικά χρωμάτων, ζιζανιοκτόνα, που μπορούν να προκαλέσουν χημικά εγκαύματα ή εσωτερικά τραύματα αν τα καταπιούμε. Συνηθισμένη είναι και η δηλητηρίαση από Φάρμακα, η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ηθελημένης ή αθέλητης υπερβολικής δόσης ενός φαρμάκου ή από κατάχρηση ναρκωτικών. Σχετική έρευνα έχει γίνει στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης, για δηλητηρίαση ποικίλης αιτιολογίας τη περίοδο 1985-2001, και αναφέρει ότι οι παιδικές δηλητηριάσεις είναι συχνότερες στα αγόρια, είναι γενικά ελαφριές και έχουν καλή έκβαση, ενώ η συχνότητά τους συνδέεται και με τις γενικότερες κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες διαβίωσης αυτών, (Ζιάκα, 2003). Οι τρόποι δηλητηρίασης είναι οι εξής: δερματική έκθεση, οφθαλμική έκθεση, γαστρεντερική έκθεση (κατάποση ουσίας), εισπνοή αερίων, τροφική δηλητηρίαση (μπορεί να προκληθεί από μολυσμένη τροφή από βακτηρίδια ή τοξίνες που έχουν παραχθεί από βακτηρίδια που υπήρχαν κάποτε στην τροφή), δηλητηρίαση με αιθανόλη (Τσουμάκας, 2006).

ΣΤ. Ξένα σώματα

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

Τα ξένα σώματα που μπορεί να μπουν στο σώμα μας είναι αρχικά οι παρασχίδες, οι οποίες προέρχονται από ξύλο ή θραύσματα γυαλιού μέσα στο δέρμα κυρίως χεριών, ποδιών ή και γονάτων, τα αγκίστρια, κάποιο ξένο σώμα στον οφθαλμό ή στη μύτη, κάποιο έντομο στο αυτί. Επίσης μπορεί να είναι κατάποση ξένων σωμάτων καθώς τα μικρά παιδιά συχνά βάζουν αντικείμενα μέσα στο στόμα, τα οποία μπορεί να καταπιούν, όπως κέρματα ή καρφίτσες. Ακόμα μπορεί να έχουμε ξένα σώματα στην τραχεία όπως μικρά μαλακά αντικείμενα, τα οποία μπορεί να διαφύγουν από τους προστατευτικούς μηχανισμούς του λαιμού και να γλιστρήσουν μέσα στην τραχεία καθώς και σώματα όπως οι ξηροί καρποί μπορεί να εισροφηθούν από τον πνεύμονα και να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη (Τσουμάκας, 2006).

Z. Ηλεκτροπληξία

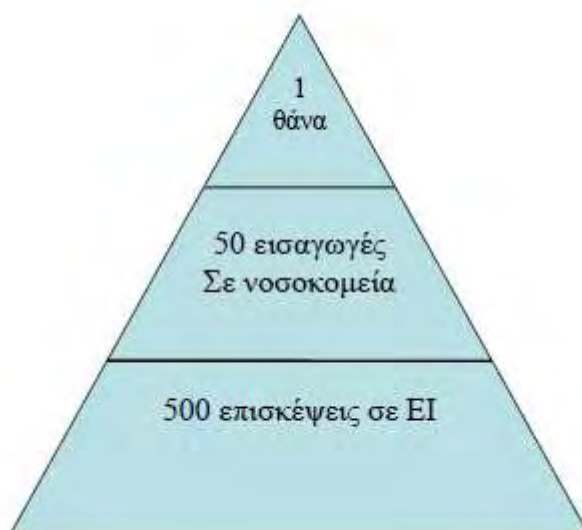
Ως ηλεκτροπληξία, ορίζουμε τη διαδικασία εκείνη κατά την οποία το σώμα διαρρέεται από ηλεκτρικό ρεύμα. Μπορεί να μοιάζει με απλό γαργάλημα στις άκρες των δακτύλων του χεριού ή μπορεί να προκαλέσει μυϊκή σύσπαση, να παραλύσει την καρδιά, να ανακόψει τη λειτουργία της αναπνοής ή να προσβάλλει καίρια το νευρικό σύστημα (Τσουμάκας, 2006).

1.3 Συχνότητα παιδικών ατυχημάτων

Τα ατυχήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στα Ελληνόπουλα (50%), με δεύτερη τα κακοήθη νοσήματα (16%) και τρίτη τις συγγενείς διαμαρτίες (8%). Κάθε χρόνο στην Ελλάδα 500.000 παιδιά τραυματίζονται από διάφορες αιτίες, 700 απ' αυτά χάνουν τη ζωή τους και 3000 μένουν ανάπηρα για όλη τους τη ζωή. Από αυτά τα τραγικά συμβάντα, τα 100 λαμβάνουν χώρα μέσα στο σπίτι και μάλιστα στο 50% των περιπτώσεων με παρουσία ενηλίκων (Τσουμάκας, 2006). Σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2007, πέντε από τις νέες χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 και τις τρεις χώρες της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Περιοχής με διαθέσιμα στοιχεία θνησιμότητας (Ρουμανία, Λετονία,

Εσθονία, Λιθουανία και Βουλγαρία), παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλούς δείκτες παιδικής θνησιμότητας από ατύχημα ενώ στις υπόλοιπες χώρες, η θνησιμότητα είναι κάτω από 100 παιδιά ανά εκατομμύριο παιδικού πληθυσμού. Η χώρα μας καταλαμβάνει μια ενδιάμεση θέση (15^η) ενώ η Μάλτα, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, συγκαταλέγονται στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας (ΚΕΠΑ, 2007).

Για κάθε θάνατο παιδιού, που σημειώνεται από ατύχημα αντιστοιχούν 50 εισαγωγές για αντιμετώπιση σε Νοσοκομεία και 500 επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας (Πετρίδου, 2005, Walsh and Jarvis, 1992).



Εικόνα 1. Πυραμίδα ατυχημάτων (Πετρίδου, 2005).

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

Τα δεδομένα της Πύλης Ατυχημάτων δείχνουν ότι κατά την τελευταία διαθέσιμη περίοδο (1992-2004), παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα 1593 ακούσιοι θάνατοι παιδιών ηλικίας 0-14, εκ των οποίων οι 874 οφείλονται σε τροχαία, οι 135 σε πνιγμούς, οι 82 σε πτώσεις, οι 47 σε εγκαύματα και οι 23 σε δηλητηριάσεις. Για τους υπόλοιπους 432 θανάτους από ατυχήματα οι αιτίες ήταν αδιευκρίνιστες. Από τους 123 θανάτους παιδιών που σημειώνονται ετησίως στη χώρα μας κατά μέσο όρο, η

μεγαλύτερη αναλογία για όλα σχεδόν τα είδη ατυχημάτων και όλες τις ηλικιακές ομάδες αφορά αγόρια (60%). Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 5-9 (ΚΕΠΑ, 2007).

Πίνακας 2. Θνησιμότητα ανά 100.000, σε παιδιά 1-14 ετών, από πνιγμό χωρίς πρόθεση, στις 15 πιο μεγάλες χώρες του ΟΟΣΑ, εκτός Τουρκίας (Πηγή: Ανάλυση της WHO Mortality Database από το London School of Hygiene & Tropical Medicine, 1991-1995, από ΚΕΠΑ, 2007).

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

Με βάση τα δεδομένα του ΚΕΠΑ, 2007 για την Ελλάδα (1992-2004), έχουμε:

α) Τροχαία ατυχήματα

Πρώτη αιτία θανατηφόρων ατυχημάτων στα παιδιά (0-14 έτη) είναι τα τροχαία ατυχήματα, που ευθύνονται για το 55% του συνολικού αριθμού θανάτων από γνωστές αιτίες ατυχημάτων στην ηλικία αυτή. Στην Ελλάδα (1992-2004), παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 67 θάνατοι από τροχαία ατυχήματα στις

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

β) Πνιγμοί

Οι πνιγμοί αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη από τις γνωστές αιτίες θανάτου από ατύχημα στα Ελληνόπουλα ηλικίας 0-14 ετών. Στην Ελλάδα (1992-2004), παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 10 θάνατοι από πνιγμούς στις ηλικίες 0-14 ετών. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας για τα αγόρια εντοπίζονται στις ηλικίες 5-9, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 0-4, ενώ το αντίστροφο ισχύει για τα κορίτσια, τα οποία έχουν υψηλότερη θνησιμότητα από πνιγμό στις ηλικίες 0-4 και οι χαμηλότερη στις ηλικίες 5-9.

γ) Πτώσεις

Οι θάνατοι από πτώσεις αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου στα Ελληνόπουλα ηλικίας 0-14 ετών. Στην Ελλάδα (1992-2004), παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 6 θάνατοι από πνιγμούς στις ηλικίες 0-14 ετών. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη), τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας και για τα δύο φύλα εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 5-9 για τα αγόρια και 10-14 για τα κορίτσια.

δ). Εγκαύματα

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

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

ε) Δηλητηριάσεις

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

Στ) Λοιπές και αδιευκρίνιστες αιτίες

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

Τα δεδομένα αυτά διαφοροποιούνται λίγο σε διάφορα κράτη του κόσμου σε σχέση με πιο είδος ατυχήματος είναι το συνηθέστερο ή προκαλεί τους περισσότερους θανάτους, αλλά τα ατυχήματα παγκοσμίως αποτελούν κύριο παράγοντα της παιδικής θνησιμότητας (WHO 2005).

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

Σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2007, πέντε από τις νέες χώρες- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 και τις τρεις χώρες της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Περιοχής με διαθέσιμα στοιχεία θνησιμότητας (Ρουμανία, Λετονία, Εσθονία, Λιθουανία και Βουλγαρία), παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλούς δείκτες παιδικής θνησιμότητας από ατύχημα, ενώ στις υπόλοιπες χώρες η θνησιμότητα είναι κάτω από 100 παιδιά ανά εκατομμύριο παιδικού πληθυσμού.

Τα ατυχήματα στα παιδιά όμως δεν είναι ανεξάρτητα από το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, τις οικονομικοκοινωνικές συνθήκες διαβίωσης και το αστικό περιβάλλον που διαβιούν τα παιδιά και τα χαρακτηριστικά του (Troop, 1986 Reading *et al.*, 1999 Reading *et al.*, 2008 Haynes *et al.*, 2008), με πολλούς παράγοντες να αυξάνουν την πιθανότητα σοβαρού ατυχήματος. Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης τις οικογένειας, έχουν βρεθεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στα τροχαία παιδικά ατυχήματα (Joly *et al.*, 1991). Στα βρέφη σημαντικός παράγοντας για την αποφυγή ατυχημάτων είναι η ύπαρξη και χρήση από τους γονείς των κατάλληλων μέτρων και αντικειμένων ασφαλείας μέσα στο σπίτι, (Kendrick, 1994). Ακόμα και το μέγεθος της οικογένειας καθώς και η σειρά του παιδιού σε σχέση με τα αδέρφια του παρουσιάζεται να παίζει ρόλο στο παιδικό ατύχημα, οι Bijur *et al.*, 1988, βρήκαν πως σε τρίτεκνες και άνω οικογένειες με 3 ή περισσότερα παιδιά σε προσχολική ηλικία, αυξάνεται ο κίνδυνος σοβαρού ατυχήματος, γεγονός που παραμένει για τις πολύτεκνες οικογένειες όταν τα παιδιά είναι σε σχολική ηλικία. Παράλληλα ο αριθμός των μεγαλύτερων παιδιών παρά των μικρότερων, είναι αυτός που φαίνεται να παίζει τον πιο σπουδαίο ρόλο στην πιθανότητα ατυχήματος σε μια πολύτεκνη οικογένεια, Haynes *et al.*, (2003).

Τη δυναμική που έχουν οι οικογενειακοί, κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες στη συχνότητα και τη σοβαρότητα των ατυχημάτων των παιδιών προσεγγίζουν οι Kendric *et al.*, (2005). Συνοπτικά, βρήκαν πως τα ποσοστά επισκέψεων για πρωτοβάθμια φροντίδα ήταν μεγαλύτερα για παιδιά που κατοικούν σε ενοικιασμένα σπίτια και για τα παιδιά ηλικίας 2-3 ετών. Τα ποσοστά επισκέψεων στα επείγοντα περιστατικά ήταν μεγαλύτερα για τα αγόρια, τα παιδιά που κατοικούν σε ενοικιασμένα σπίτια με έφηβη μητέρα ηλικίας 2-5 χρόνων, που ζουν σε περιοχή με πολλά πάρκα και παιδικές χαρές. Οι εισαγωγές στα νοσοκομεία ήταν σημαντικά υψηλότερες για παιδιά που κατοικούν σε υποβαθμισμένες περιοχές με υψηλή εγκληματικότητα. Καταλήγουν πως τα χαρακτηριστικά της οικογένειας, του περιβάλλοντος που διαβιούν τα παιδιά και η ίδια η ιδιοσυγκρασία των παιδιών, συσχετίζονται με τα ποσοστά παιδικών ατυχημάτων που χρήζουν νοσηλείας.

1.4 Πρόληψη ατυχημάτων / ασφάλεια

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

Κατά τη βρεφική ηλικία (0-12 μηνών), το βρέφος διατρέχει πολλούς κινδύνους. Επειδή στην ηλικία αυτή τα ατυχήματα συμβαίνουν συνήθως σε περιβάλλον που ελέγχεται από γονείς, η συχνότητά τους μπορεί να μειωθεί τόσο με τη δημιουργία ασφαλέστερων προϊόντων και συνθηκών περιβάλλοντος όσο και με ειδική εκπαίδευση των γονιών για αποτελεσματική εποπτεία.

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

Πολλά είναι τα αίτια των ατυχημάτων στη βρεφική ηλικία. Πνιγμός μπορεί να συμβεί με τα κλινοσκεπάσματα, με το σώμα της μητέρας αν κοιμάται μαζί με το μωρό, ή με το μαστό σε αδέξιο θηλασμό. Πτώση μπορεί να συμβεί όταν το βρέφος αφήνεται σε υψηλές επιφάνειες ή ανασφάλιστο κρεβάτι, από έλλειψη πόρτας ασφαλείας σε εσωτερική σκάλα ή ειδικών κάγκελων στα μπαλκόνια ή από μη απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων και παιχνιδιών από το πάτωμα. Δηλητηρίαση μπορεί να πάθει ένα βρέφος α) από φάρμακα που παίρνει η μητέρα κατά τη διάρκεια του θηλασμού, β) από χορήγηση ελαιωδών, καθαρτικών, ή σταγόνων από τη μύτη. Έγκαυμα συμβαίνει από βραστό νερό, φαγητό, γάλα και από το ζεστό νερό κατά τη διάρκεια του μπάνιου του μωρού. Τέλος εισρόφηση μπορεί να συμβεί από αναγωγή φαγητού ή από ξένα σώματα που το βρέφος έχει ενστικτωδώς την τάση να βάζει στο στόμα του (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ), 2002, Μπάρκα και συν., 2006).

Η νηπιακή ηλικία (13 μηνών - 4 ετών) του παιδιού επισημαίνεται από όλους ως η πιο κρίσιμη περίοδος, όσον αφορά τα ατυχήματα. Αυτό είναι απόλυτα λογικό αν αναλογιστούμε ότι η ηλικία αυτή του παιδιού χαρακτηρίζεται από περιέργεια και ανωριμότητα κρίσεως, επομένως άγνοια κινδύνου που συνεπάγεται αιτία ατυχήματος. Επιπλέον χαρακτηρίζεται από ζωηρότητα κυρίως όταν αρχίζει να βαδίζει, επίσης από την τάση να δοκιμάζει κάθε ουσία που του κινεί το ενδιαφέρον και τέλος από τάση προς επίδειξη σε αναζήτηση θαυμασμού και επιδοκιμασίας.

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

Πτώση ενός νήπιου μπορεί να γίνει από τη σκάλα, το μπαλκόνι και το παράθυρο, επιπλέον μπορεί να τραυματιστεί με ψαλίδι, μαχαίρι και άλλα αιχμηρά αντικείμενα. Το έγκαυμα μπορεί να συμβεί από καυτό υγρό που μπορεί να παρασύρει το νήπιο στο πέρασμά του ή να πέσει μέσα σε αυτό, μπορεί να πιάσει την εστία θερμάνσεως ή να καεί με τα σπέρτα. Δηλητηρίαση σε αυτή την ηλικία μπορεί να συμβεί από κατάποση φαρμάκων ή ειδών οικιακής χρήσεως, αφού έχει περιέργεια και θέλει να τα μαθαίνει και να τα δοκιμάζει όλα. Επιπλέον η ηλεκτροπληξία μπορεί να συμβεί εάν το παιδί βάλει σε λειτουργία μια ηλεκτρική συσκευή ή να βάλει μεταλλικά αντικείμενα στις πρίζες. Τέλος τα δαγκώματα από ζώα (σκύλοι, γάτες) ταλαιπωρούν το παιδί της νηπιακής ηλικίας της υπαίθρου και πολλές φορές μπορεί να του στοιχίσουν τη ζωή (Μπάρκα και συν., 2006),

Σε αυτή την ηλικία τα παιδιά είναι πολύ περίεργα, θέλουν να μαθαίνουν και να εξερευνούν τα πάντα, βάζουν στο στόμα τους ότι βρουν, παραπατούν και σκοντάφτουν συνεχώς, χτυπάνε στα έπιπλα, βγαίνουν στα μπαλκόνια, κατεβαίνουν σκάλες και άλλα πολλά. Έτσι λοιπόν οι γονείς πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί και να φροντίζουν συνεχώς για την ασφάλεια και την προστασία των παιδιών από πιθανό ατύχημα (ΙΚΠΙ, 2002, HTTP 1).

Στην πρώτη σχολική ηλικία (5ετών – 9ετών) τα παιδιά είναι σε θέση να αντιληφθούν την επικινδυνότητα ορισμένων καταστάσεων. Ωστόσο όμως χρειάζονται

την καθοδήγηση – επίβλεψη των ενηλίκων έως ότου η ασφαλής συμπεριφορά γίνει βίωμά τους.

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

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

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

Στην προεφηβική ηλικία (10ετών - 15 ετών) το παιδί αρχίζει και ωριμάζει και διατρέχει μικρότερο κίνδυνο ατυχήματος. Δεν παύει όμως να υπάρχει ο φόβος αυτός γιατί το παιδί τώρα πια θέλει να έχει περισσότερη ανεξαρτησία, αισθάνεται ότι δεν καταπιέζεται από τη λογική προστασία των γονιών του, γι' αυτό ζητάει να ξεφεύγει από την προσοχή και να κάνει πράγματα που δεν του επιτρέπουν οι ικανότητές του.

Τα ατυχήματα που συμβαίνουν σε αυτή την ηλικία είναι οι πνιγμοί, οι πτώσεις που προκαλούνται κυρίως σε χώρους εκτός του σπιτιού όπως είναι το σχολείο και σε αθλητικές δραστηριότητες. Τέλος είναι τα τροχαία ατυχήματα τα οποία είναι αυξημένα σε σχέση με τις ηλικίες 5 με 9 ετών (Τσουμάκας, 2006 McCulloch and Joshi 2001).

Πνιγμοί συμβαίνουν και πάλι συχνά στο χώρο της θάλασσας ή σε κάποια πισίνα ενώ πτώσεις προκαλούνται τώρα πια σε χώρους εκτός σπιτιού όπως το σχολείο

και οι αθλητικές δραστηριότητες. Τέλος τα τροχαία ατυχήματα συμβαίνουν στα παιδιά είτε ως επιβάτες αυτοκινήτων και δίκυκλων είτε ως πεζοί (ΙΚΠΙ, 2002).

Στη διάρκεια της προεφηβικής ηλικίας τα παιδιά είναι πιο ζωντανά, έχουν ξεφύγει πια από το σπίτι, έλκονται από την περιπέτεια, πιστεύουν ότι είναι πια ώριμα, δε θέλουν έλεγχο από τους γονείς και είναι πολύ αντιδραστικά. Οι γονείς θα πρέπει να καταλαβαίνουν και να φροντίζουν για την ασφάλειά τους. Όσον αφορά τη θάλασσα, ισχύουν οι ίδιες προφυλάξεις όπως και στις ηλικίες 5 με 9 ετών.

Τα ατυχήματα στο σχολείο μπορεί να συμβούν σε διάφορα μέρη όπως στο προαύλιο την ώρα του διαλείμματος, στην αίθουσα διδασκαλίας, στους κοινόχρηστους χώρους του σχολείου, στις σκάλες και στους διαδρόμους, στη γυμναστική, την άθληση και το παιχνίδι και τέλος στη διαδρομή από και προς το σχολείο (Τζιούμα και Τζακώστα, 2006, Γεωργιακώδης και Βοζίκης, 2004).

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

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

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

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

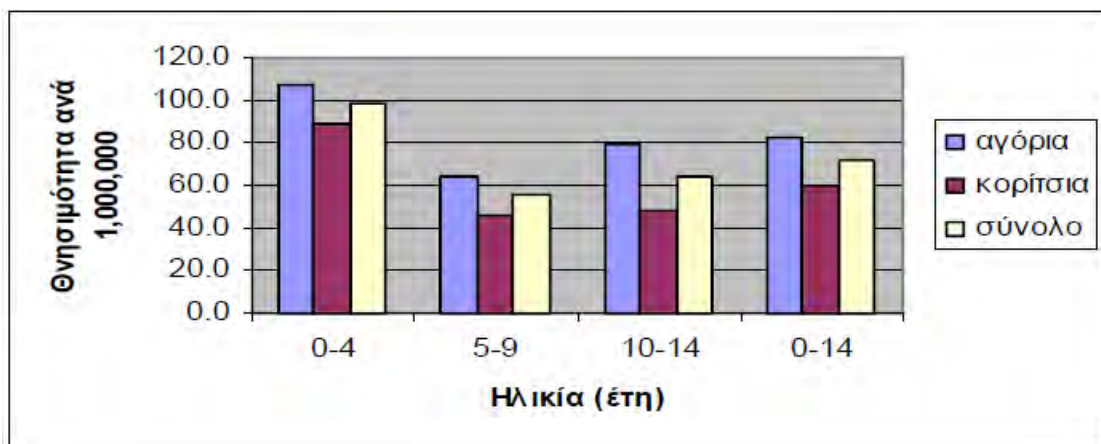
Απαραίτητες για την ασφαλή συμμετοχή των παιδιών στα αθλήματα είναι οι ακόλουθες οδηγίες: ιατρική εξέταση πριν την έναρξη συμμετοχής σε αθλήματα καθώς και πριν τη συμμετοχή σε ένα νέο άθλημα, προσοχή στον εξοπλισμό και τα όργανα που χρησιμοποιούνται και τακτικός έλεγχος αυτών, κατάλληλη διατροφή (τελευταίο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

1.5 Δεδομένα από έρευνες στην Ελλάδα

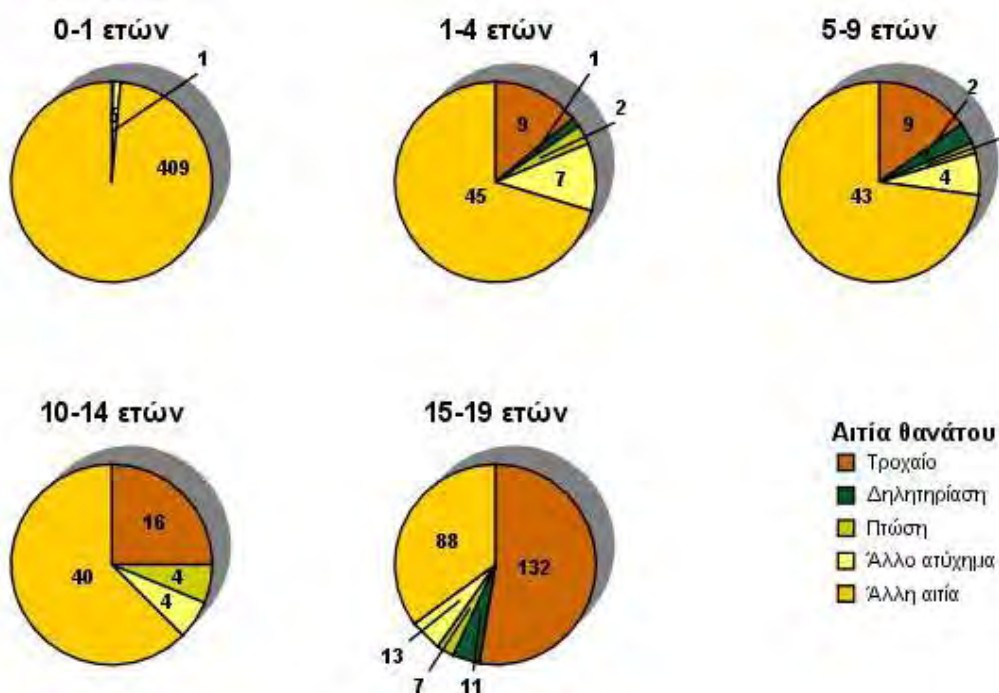
Τα παιδικά ατυχήματα απασχολούν μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Τόσο τους γονείς και συγγενείς μικρών παιδιών, όσο και τους νηπιαγωγούς, δασκάλους και γυμναστές που συναναστρέφονται καθημερινά με παιδιά στους χώρους εργασίας τους, καθώς βέβαια και πληθώρα επιστημόνων υγείας με πεδίο εργασίας τα παιδιά. Για το λόγο αυτό πολλές έρευνες υπάρχουν με αντικείμενο τους παιδικούς τραυματισμούς. Πέρα από τα δεδομένα για τα παιδιά του ΚΕΠΠΑ (2007), για τα έτη 1992 – 2004 και τα δεδομένα των Μπάκα Α. και Παπαμιχαήλ Δ. (2008). Τελική Έκθεση Πορείας Έργου: Πιλοτική Μελέτη Ολοκληρωμένου Συστήματος Καταγραφής Πολυτραυματιών Παιδιατρικών Ασθενών) ενδιαφέρον παρουσιάζει η πληθώρα στοιχείων από σχολεία στην Ελλάδα που έχουν κάνει «έρευνα» παιδικών ατυχημάτων τα παιδιά για τα παιδιά είτε μόνο στα όρια του σχολείου ή και γενικότερα.

Η διαχρονική τάση παιδικής (0-14 έτη) θνησιμότητας από ακούσιο τραυματισμό στην Ελλάδα (διάγραμμα 2) στη 13ετή περίοδο (1992-2004) κατά φύλο είναι πτωτική και στατιστικά σημαντική για όλες τις ηλικιακές ομάδες. Πιο αναλυτικά, η μεγαλύτερη ετήσια μείωση της θνησιμότητας από ατυχήματα παρατηρείται της τάξης του 6,2% (P=0.0002) παρατηρείται στις ηλικίες 0-4 έτη, ενώ για τις μεγαλύτερες ομάδες ηλικιών η μείωση είναι της τάξης του 4,2% (P=0.003) στις ηλικίες 5-9 και 4.3% (P=0.007) στις ηλικίες 10-14 (ΚΕΠΠΑ 2007).

Διάγραμμα 1: Θνησιμότητα ανά 1,000,000 παιδιά από ακούσιο τραυματισμό στην Ελλάδα ανά φύλο και ηλικία (1992-2004) (ΚΕΠΠΑ 2007).

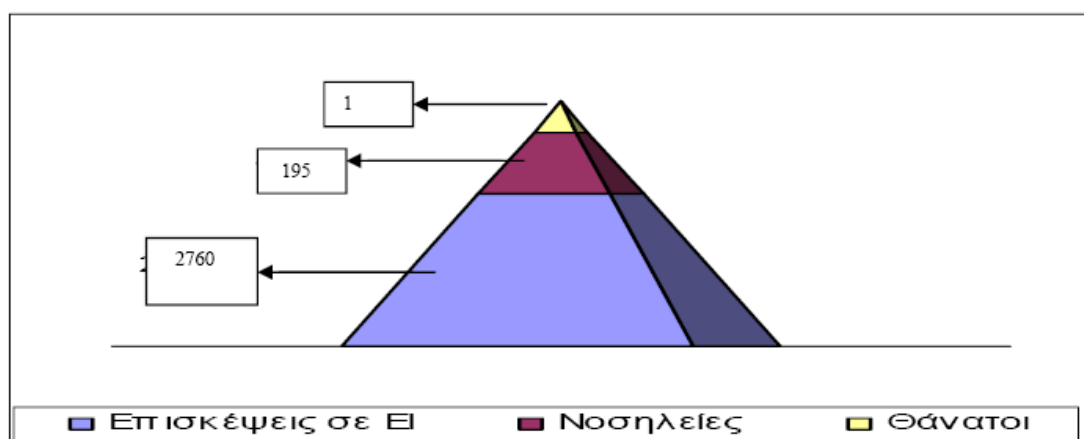


Γράφημα 1. Αίτια θανάτου σε παιδιά ανά ηλικιακή ομάδα, Ελλάδα, 2006 (Μπάκα Α. και Παπαμιχαήλ Δ. 2008)

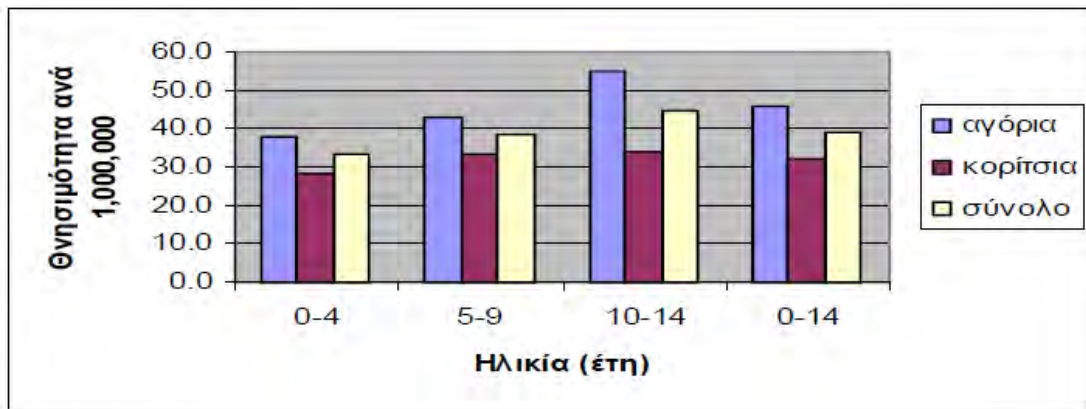


Πρώτη αιτία θανατηφόρων ατυχημάτων στα παιδιά (0-14 έτη) είναι τα τροχαία ατυχήματα, που ευθύνονται για το 55% του συνολικού αριθμού θανάτων από γνωστές αιτίες ατυχημάτων στην ηλικία αυτή. Στην Ελλάδα (1992-2004), παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 67 θάνατοι από τροχαία ατυχήματα στις ηλικίες 0-14 ετών. Από το σύνολο των θανάτων, το 52% αντιστοιχεί σε επιβαίνοντες, το 37% σε πεζούς και το 11% σε οδηγούς. Η θνησιμότητα (1992-2004), ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο απεικονίζεται στο διάγραμμα 2. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας εντοπίζονται στις ηλικίες 10-14, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 0-4. Αξιοσημείωτη είναι η αύξηση της θνησιμότητας στα αγόρια κατά την ηλικία των 10-14 ετών (ΚΕΠΠΑ 2007).

Γράφημα 2. Νοσηρότητα από ακούσιο τραυματισμό στην Ελλάδα για παιδιά 0-14 ετών 1996-2004 (Μπάκα Α. και Παπαμιχαήλ Δ. 2008)



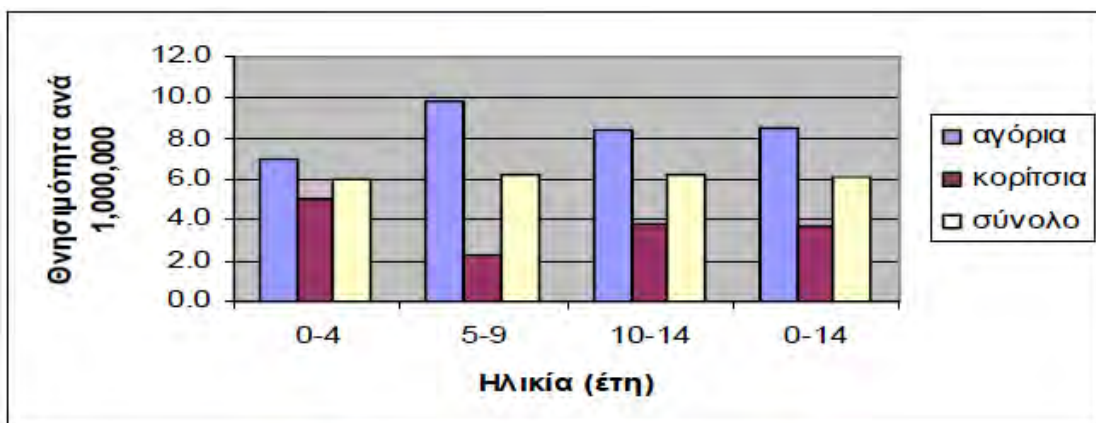
Διάγραμμα 2. Θνησιμότητα ανά 1,000,000 παιδιά από τροχαίο ατύχημα στην Ελλάδα ανά φύλο και ηλικία (ΚΕΠΠΑ 2007).



Η διαχρονική τάση παιδικής (0-14 έτη) θνησιμότητας (1992-2004), από τροχαίο ατύχημα στην Ελλάδα (διάγραμμα 5), ανά έτος και φύλο είναι πτωτική. Πιο αναλυτικά παρατηρείται πτώση κατά 3,7% ($P=0.001$) στις ηλικίες 0-4 έτη, 5,3% ($P=0.100$) στις ηλικίες 5-9 και 3,8% ($P=0.013$) στις ηλικίες 10-14 (ΚΕΠΠΑ 2007).

Οι πνιγμοί αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη από τις γνωστές αιτίες θανάτου από ατύχημα στα Ελληνόπουλα ηλικίας 0-14 ετών. Στην Ελλάδα (1992-2004), παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 10 θάνατοι από πνιγμούς στις ηλικίες 0-14 ετών. Η θνησιμότητα (1992-2004), ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο απεικονίζεται στο διάγραμμα 6. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας για τα αγόρια εντοπίζονται στις ηλικίες 5-9, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 0-4, ενώ το αντίστροφο ισχύει για τα κορίτσια, τα οποία έχουν υψηλότερη θνησιμότητα από πνιγμό στις ηλικίες 0-4 και οι χαμηλότερη στις ηλικίες 5-9 (ΚΕΠΠΑ 2007).

Διάγραμμα 3. Θνησιμότητα ανά 1,000,000 παιδιά από πνιγμό στην Ελλάδα ανά φύλο και ηλικία (ΚΕΠΠΑ 2007).

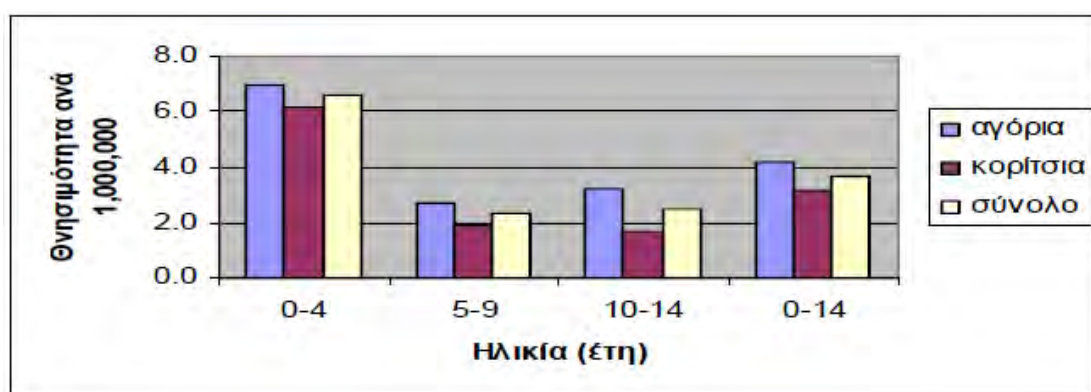


Η διαχρονική τάση παιδικής (0-14 έτη) θνησιμότητας (1992-2004), από πνιγμό στην Ελλάδα ανά έτος και φύλο, δεν έδειξε στατιστική σημαντικότητα για καμία από τις τρεις ηλικιακές ομάδες (ΚΕΠΠΑ 2007).

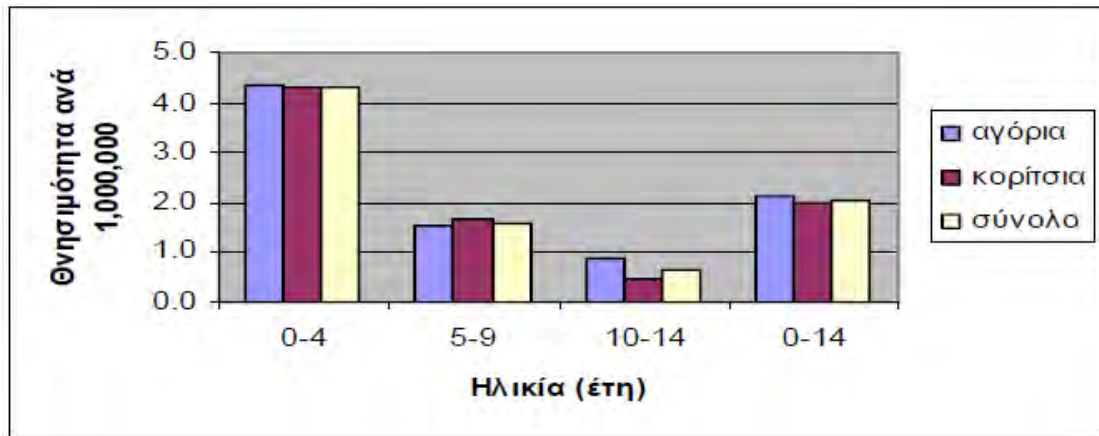
Οι θάνατοι από πτώσεις αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου στα Ελληνόπουλα ηλικίας 0-14 ετών. Στην Ελλάδα (1992-2004), παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 6 θάνατοι από πνιγμούς στις ηλικίες 0-14 ετών. Η θνησιμότητα (1992-2004), ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο απεικονίζεται στο διάγραμμα 4. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη), τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας και για τα δύο φύλα εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 5-9 για τα αγόρια και 10-14 για τα κορίτσια (ΚΕΠΠΑ 2007).

Η διαχρονική τάση παιδικής (0-14 έτη) θνησιμότητας (1992-2004) από πτώση στην Ελλάδα ανά έτος και φύλο, δεν έδειξε στατιστική σημαντικότητα για καμία από τις τρεις ηλικιακές ομάδες (ΚΕΠΠΑ 2007).

Διάγραμμα 4. Θνησιμότητα ανά 1,000,000 παιδιά από πτώση στην Ελλάδα ανά φύλο και ηλικία (ΚΕΠΠΑ 2007).



Διάγραμμα 5. Θνησιμότητα ανά 1,000,000 παιδιά από έγκραυμα στην Ελλάδα ανά φύλο και ηλικία (ΚΕΠΠΑ 2007).

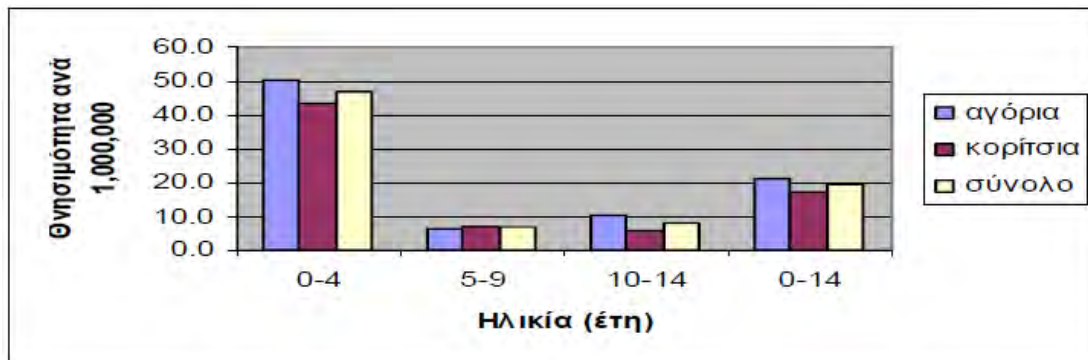


Τέταρτη αιτία θανάτου από παιδικό ατύχημα γνωστής αιτιολογίας στη χώρα μας είναι τα εγκαύματα. Στην Ελλάδα (1992-2004), παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 4 θάνατοι από εγκαύματα στις ηλικίες 0-14 ετών. Η θνησιμότητα (1992-2004), ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο απεικονίζεται στο διάγραμμα 5. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) αγόρια και κορίτσια εμφανίζουν σχεδόν ίδιους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας και για τα δύο φύλα εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 10-14. (ΚΕΠΠΑ 2007).

Εκτός από την άνοδο του βιοτικού επιπέδου, η λειτουργία των Κέντρων Δηλητηριάσεων και άλλες προληπτικής φύσης ενέργειες συνέβαλαν ουσιαστικά στη μείωση των θανάτων από δηλητηριάσεις, που αποτελούν την πέμπτη και λιγότερο συχνή αιτία θανάτου σε παιδιά στη χώρα μας. Στην Ελλάδα (1992-2004), παρατηρείται ετησίως κατά μέσο όρο 1 θάνατος από δηλητηριάσεις στις ηλικίες 0-14 ετών (ΚΕΠΠΑ 2007).

Στην Ελλάδα (1992-2004), παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 33 θάνατοι από λοιπές και αδιευκρίνιστες αιτίες στις ηλικίες 0-14 ετών. Η θνησιμότητα (1992-2004), ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο απεικονίζεται στο διάγραμμα 6. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) αγόρια και κορίτσια εμφανίζουν σχεδόν ίδιους δείκτες θνησιμότητας. Αξιοσημείωτη αύξηση της θνησιμότητας παρατηρείται στις ηλικίες 0-4 (ΚΕΠΠΑ 2007).

Διάγραμμα 6. Θνησιμότητα ανά 1,000,000 παιδιά από λοιπές και αδιευκρίνιστες αιτίες στην Ελλάδα ανά φύλο και ηλικία (ΚΕΠΠΑ 2007).



Η διαχρονική τάση παιδικής (0-14 έτη) θνησιμότητας (1992-2004) από λοιπές και αδιευκρίνιστες αιτίες στην Ελλάδα ανά έτος και φύλο είναι πτωτική. Πιο αναλυτικά παρατηρείται πτώση κατά 10,7% ($P=0.001$) στις ηλικίες 0-4 έτη, 6,0% ($P=0.100$) στις ηλικίες 5-9 και 7,5% ($P=0.013$) στις ηλικίες 10-14 (ΚΕΠΠΑ 2007).

Τα ατυχήματα αυτά είχαν σαν αποτέλεσμα το 31,2% να μεταφερθεί στο νοσοκομείο (για γύψο στα άκρα, ράμματα, κλπ), ενώ το υπόλοιπο 68,8% να είναι πιο επιφανειακά χτυπήματα (σπάσιμο δοντιού, χτύπημα στο κεφάλι, εκδορές, μώλωπες κλπ).

1.6 Δεδομένα από διεθνείς έρευνες

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

Όσον αφορά τα παιδικά ατυχήματα που συμβαίνουν στην Αμερική, πραγματοποιήθηκε μία έρευνα το 2004 που αφορούσε το ποσοστό των θανάτων σε ακούσια ατυχήματα στις ηλικίες 0-14 ετών. Σε αυτή την έρευνα αναφέρεται το ποσοστό των θανάτων ανά 100.000 άτομα ανά χρόνο και αφορά τις τέσσερις

γεωγραφικές περιοχές τις Αμερικής στις χρονικές περιόδους 1989-91 και 1996-98. Ακόμα στην έρευνα αναφέρονται και οι αιτίες θανάτου ανά γεωγραφική περιοχή στη διάρκεια της δεκαετίας 1989-98. Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την έρευνα, στην Αμερική σαν σύνολο, οι θάνατοι από τα ακούσια παιδικά ατυχήματα φτάνουν στο 3,5% το χρόνο (Phillippakis, 2004). Με τα ατυχήματα στην Αμερική να είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας θνησιμότητας (Currie and Hotz 2004).

Σε μία πιο εκτενή ανασκόπηση των παιδικών ατυχημάτων στους δρόμους στην Μεγάλη Βρετανία οι Illingworth *et al.*, (αχρονολόγητο) παραπέμπουν το παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 4. Ανασκόπηση των παιδικών ατυχημάτων στους δρόμους στην Μεγάλη Βρετανία από Illingworth *et al.*, (αχρονολόγητο).

	<i>Skateboard</i>	<i>Play Equipment</i>	<i>Road Accidents</i> Pedestrian	Passengers	<i>Bicycle</i>
Number	225	200	169	27	150
Mean age (yr)	11·1	6·3	7·6	8·0	9·2
Grades (%)					
1	1·8	28·5	~0TN	7·4	~0TN
2	44·0	45·0	21·3	14·8	45·3
3	43·9	19·0	34·9	66·7	44·0
4	10·7	6·5	33·7	3·7	9·3
5	0	1·0	8·9	3·7	1·3
Admitted (%)	4·0	10·0	45·6	11·1	9·3
Died (%)	0	0	1·2	– 3·7	0
Radiographs taken (%)	68·4	59·5	68·6	33·3	48·7
Fractures (%)	40·9	26·5	25·6	11·1	22·0
Injuries above the neck (%)	15·5	46·0	67·4	70·4	49·3
Concussion with or without fracture of skull (%)	~0·9	6·0	33·1	11·1	4·7

Όπου Grade 1 αναφέρεται σε ασήμαντα τραύματα που δεν απαιτούν παρακολούθηση και θεραπεία, 2 ελαφρά τραύματα, μελανιές και εξαρθρώσεις δακτύλων, 3 σοβαρότερα τραύματα, κατάγματα που δεν απαιτούν εισαγωγή και ελαφρά κρανιακά τραύματα, 4 σοβαρά τραύματα και κατάγματα που απαιτούσαν εισαγωγή και

χειρουργική αντιμετώπιση καθώς και σοβαρές κρανιακές κακώσεις, 5 τραύματα που είναι επικίνδυνα για την ζωή τους παιδιού.

Η εκτενής ανάλυση δεδομένων από παιδικά ατυχήματα στην Βρετανία των Haynes *et al.*, (2003) φαίνεται συγκεντρωτικό πίνακα 5:

Πίνακας 5. Εκτενής ανάλυση δεδομένων παιδικών ατυχημάτων Haynes *et al.*, (2003)

Injuries and days at risk by characteristics of children and their households						
Characteristics	Days at risk	%days at risk	Total injuries	Injury rate	Serious injuries	Serious injury rate
<i>Sex</i>						
Male	4,005,377	51.17	2066	18.83	740	6.74
Female	3,821,666	48.83	1460	13.94	517	4.94
<i>Age</i>						
5 years	760,157	9.71	243	11.67	73	3.50
6 years	759,442	9.70	268	12.88	82	3.94
7 years	811,401	10.37	287	12.91	85	3.82
8 years	772,302	9.87	295	13.94	86	4.06
9 years	806,678	10.31	345	15.61	131	5.93
10 years	786,903	10.05	391	18.14	132	6.12
11 years	815,503	10.42	415	18.57	150	6.71
12 years	792,334	10.12	437	20.13	185	8.52
13 years	760,817	9.72	421	20.20	161	7.72
14 years	761,504	9.73	424	20.32	172	8.24
<i>No. of children</i>						
1	1,169,860	14.95	518	16.16	181	5.65
2	3,486,652	44.55	1499	15.69	555	5.81
3	1,983,968	25.35	938	17.25	322	5.92
4	783,705	10.01	366	17.05	133	6.19
5	229,262	2.93	110	17.51	36	5.73
6 and more	173,393	2.22	95	19.99	30	6.31
<i>No. of adults</i>						
0	59,828	0.76	26	15.86	10	6.10
1	1,572,422	20.09	798	18.52	260	6.03
2	5,203,063	66.48	2315	16.24	841	5.90
3	684,609	8.75	291	15.51	119	6.34
4	208,574	2.66	73	12.77	20	3.50
5	46,539	0.59	13	10.19	3	2.35
6 and more	51,805	0.66	10	7.04	4	2.82
<i>Age difference</i>						
<15 years	19,432	0.25	5	9.39	4	7.51
15–24 years	2,744,318	35.06	1453	19.32	498	6.62
25–34 years	3,964,882	50.66	1629	14.99	608	5.60
35–44 years	688,766	8.80	251	13.30	82	4.34
45+ years	191,987	2.45	72	13.69	20	3.80
Missing	217,658	2.80	116	19.45	45	7.55

Συγκεκριμένα είναι τα δεδομένα για την αναλογία φύλλου στα ατυχήματα με τον γενικό εμπειρικό κανόνα του 2:1 (αγόρια: κορίτσια) να μην ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα και να αποτελεί γενίκευση. Οι Haynes *et al.*, (2003) καταλήγουν σε αναλογία 2:1,4 οι Ljungberg *et al.*, (2003) για τραυματισμούς στα χέρια σε ηλικίες 0-6 σε αναλογία 1,5:1 ενώ οι Brook and Boaz (2003) από 411 παιδικά ατυχήματα διαχώρισαν αναλογία αγοριών κοριτσιών σε ελαφρά ατυχήματα 1:6, μέτρια 1:8 και

σοβαρά 2:3. Αναλυτικότερα τα διαχώρισαν και με βάση την τοποθεσία και το είδος όπως παρουσιάζονται στους πίνακες 6 και 7:

Πίνακας 6.

Classification, prevalence and characteristics of all kinds of accidents			
Kind of accident	Prevalence (%)	Male:female ratio	Characteristics
Home	52.3	1.6	Related to lack of supervision and curiosity, decreasing with age ($P = 0.02$)
Road	19.3	2.4	Significant correlation with speed, tiredness and mistakes of others, increases with age ($P = 0.01$); number of children in family ($P = 0.01$)
Sports	17.4	2.6	Correlated with haste, impulsiveness, tiredness and bravado, increasing with age ($P = 0.01$)
School	11.6	2.2	Correlated with impulsiveness, bravado, curiosity and lack of teacher supervision, increasing with age ($P = 0.01$)

Πίνακας 7.

Classification, prevalence and characteristics of all kinds of accidents			
Kind of accident	Prevalence (%)	Male:female ratio	Characteristics
Orthopedic	61	2.1	Correlated with hastiness ($P = 0.02$); tiredness lack of concentration ($P = 0.006$); road, sport and school accidents
Surgical	49.8	1.9	Correlated with road accidents ($P = 0.03$)
Eyes	2.9	3.5	
Ears	2.9	2.0	Correlated with school accidents ($P = 0.01$)
Intoxication	9.8	1.9	Correlated with curiosity ($P = 0.03$); lack of supervision, mistakes of others ($P = 0.008$); and home accidents ($P = 0.004$)
Burns (hot water, electric shock)	14.9	1.1	Correlated with home accidents ($P = 0.0004$); curiosity ($P = 0.0002$); lack of supervision, decreasing with age ($P = 0.01$); increasing with number of children in the family ($P = 0.003$)
Animal bites	5	1.9	
Foreign bodies	8.3	1.2	Correlated with home accidents ($P = 0.001$)
Drowning	0.6	1.0	
Multiorgan	14.6	2.1	Correlated with tiredness and road accidents ($P = 0.00001$); increasing with age ($P = 0.01$)
Head and face	32.7	1.8	Correlated with uncontrolled circumstances, decreasing with age ($P = 0.006$)
Thorax	16.8	1.2	Correlated with curiosity and home accidents ($P = 0.0001$); decreasing with age ($P = 0.02$)
Abdomen	17.8	1.7	Correlated with home accidents ($P = 0.0001$); curiosity, decreasing with age ($P = 0.05$)
Spine	7.0	1.2	Correlated with road accidents ($P = 0.012$)
Limbs	52.7	2.3	Correlated with hastiness ($P = 0.0001$); tiredness, road, home and sport accidents, increasing with age ($P = 0.001$)

Κατά τους Jepsen and Ryan, (2005), τα αγόρια έχουν σημαντικά υψηλότερο ρίσκο δηλητηρίασης από ότι τα κορίτσια, με την ηλικία των 2 ετών να παρουσιάζεται ως η πιο κοινή και τα περισσότερα περιστατικά (80-85%) να γίνονται εντός σπιτιού.

Οι γονείς και το περιβάλλον είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες μαζί με την ιδιοσυγκρασία του παιδιού για την αποφυγή ή όχι ενός ατυχήματος. Οι Gaines and Schwebel, (2009), έδειξαν πόσο δύσκολο μπορεί να είναι σε νέους γονείς να αναγνωρίσουν του οικιακούς κινδύνους για τα νεογνά παιδιά τους, γεγονός που αντικατοπτρίζεται και στην παιδική θνησιμότητα (0-2 ετών), όπου στην Αμερική το 2005, 13000 παιδιά (0-2 ετών) έχασαν την ζωή τους από ατύχημα.

Τη δυναμική που έχουν οι οικογενειακοί, κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες στη συχνότητα και τη σοβαρότητα των ατυχημάτων των παιδιών προσεγγίζουν οι Kendric *et al.*, (2005). Συνοπτικά, βρήκαν πως τα ποσοστά επισκέψεων για πρωτοβάθμια φροντίδα ήταν μεγαλύτερα για παιδιά που κατοικούν σε ενοικιασμένα σπίτια και για τα παιδιά ηλικίας 2-3 ετών. Τα ποσοστά επισκέψεων στα επείγοντα περιστατικά ήταν μεγαλύτερα για τα αγόρια, τα παιδιά που κατοικούν σε ενοικιασμένα σπίτια με έφηβη μητέρα ηλικίας 2-5 χρόνων, που ζουν σε περιοχή με πολλά πάρκα και παιδικές χαρές. Οι εισαγωγές στα νοσοκομεία ήταν σημαντικά υψηλότερες για παιδιά που κατοικούν σε υποβαθμισμένες περιοχές με υψηλή εγκληματικότητα. Καταλήγουν πως τα χαρακτηριστικά της οικογένειας, του περιβάλλοντος που διαβιούν τα παιδιά και η ίδια η ιδιοσυγκρασία των παιδιών, συσχετίζονται με τα ποσοστά παιδικών ατυχημάτων που χρήζουν νοσηλείας.

Σε γενικές γραμμές και με βάση τα στοιχεία από τις διάφορες έρευνες που παρουσιάσαμε, μερικά συμπεράσματα εξάγονται με ασφάλεια. Τα περισσότερα ατυχήματα προέρχονται από πτώσεις ή ανήκουν σε αυτή την κατηγορία. Τα προαύλια των σχολείων και οι χώροι των σπιτιών έχουν μεγάλη επικινδυνότητα. Ευτυχώς οι πλειονότητα των ατυχημάτων αφορούν ελαφριάς μορφής τραύματα ενώ τα πιο σοβαρά χρίζουν μικρής ιατρικής παρέμβασης συνήθως. Υπάρχουν καθαρές ηλικιακές ζώνες που τα παιδιά είναι πιο επιρρεπή σε τραυματισμούς. Οι διαφορές ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια δεν είναι ξεκάθαρες. Η ιδιοσυγκρασία του παιδιού, η οικογένεια και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, επηρεάζουν σοβαρά την πιθανότητα ατυχήματος.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Σκοπός

Σκοπός ήταν να διερευνηθεί το είδος και η σοβαρότητα των παιδικών ατυχημάτων σε αστικό πληθυσμό, όπως και οι συνθήκες που ευνοούν την πρόκλησή τους.

2.2 Υλικό και μέθοδος

Το δείγμα της μελέτης ήταν δείγμα ευκολίας και αποτελούνταν από γονείς των οποίων τα παιδιά είχαν παρουσιάσει τουλάχιστον ένα ατύχημα στη ζωή τους. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, με βάση αντίστοιχα ερωτηματολόγια προγενέστερων ερευνών. Οι γονείς καλούνταν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικές με το ατύχημα και τις συνθήκες που το προκάλεσαν, τις Υπηρεσίες Υγείας που αποτάθηκαν και τις συνέπειές του. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στον προαύλιο χώρο του Νοσοκομείου Παίδων « Αγία Σοφία» Αθηνών και στον προαύλιο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας. Στην περίπτωση που υπήρχαν περισσότερα του ενός παιδιά, οι γονείς απαντούσαν για το παιδί που είχε το σοβαρότερο ατύχημα. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιουνίου-Ιουλίου 2012.

2.2.1. Στατιστική επεξεργασία.

Έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Δημιουργήθηκαν παράγωγες μεταβλητές με σύμπτυξη υποομάδων , όπου κρίθηκε απαραίτητο , για την καλύτερη περιγραφή των αποτελεσμάτων. Εφαρμόστηκε η στατιστική δοκιμασία χ^2 , με τη διόρθωση συνεχείας για τους τετράπτυχους πίνακες. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0 και το Excel (MS office 2007).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ηλικία του πατέρα ήταν $41,67 \pm 6,93$ έτη και της μητέρας $37,95 \pm 7,07$ έτη. Ο αριθμός παιδιών στην οικογένεια ήταν $2,03 \pm 0,78$ και ο αριθμός παιδικών ατυχημάτων στην οικογένεια ήταν $2,64 \pm 2,47$ (πίνακας 1). Όσον αφορά το φύλο του παιδιού, 123 ήταν αγόρια και 63 τα κορίτσια.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των γονέων και αριθμός ατυχημάτων στην οικογένεια

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ηλικία πατέρα	205	41,67	6,93
Ηλικία μητέρας	205	37,95	7,07
Αριθμός παιδιών	205	2,03	0,78
Αριθμός παιδικών ατυχημάτων στην οικογένεια	205	2,64	2,47

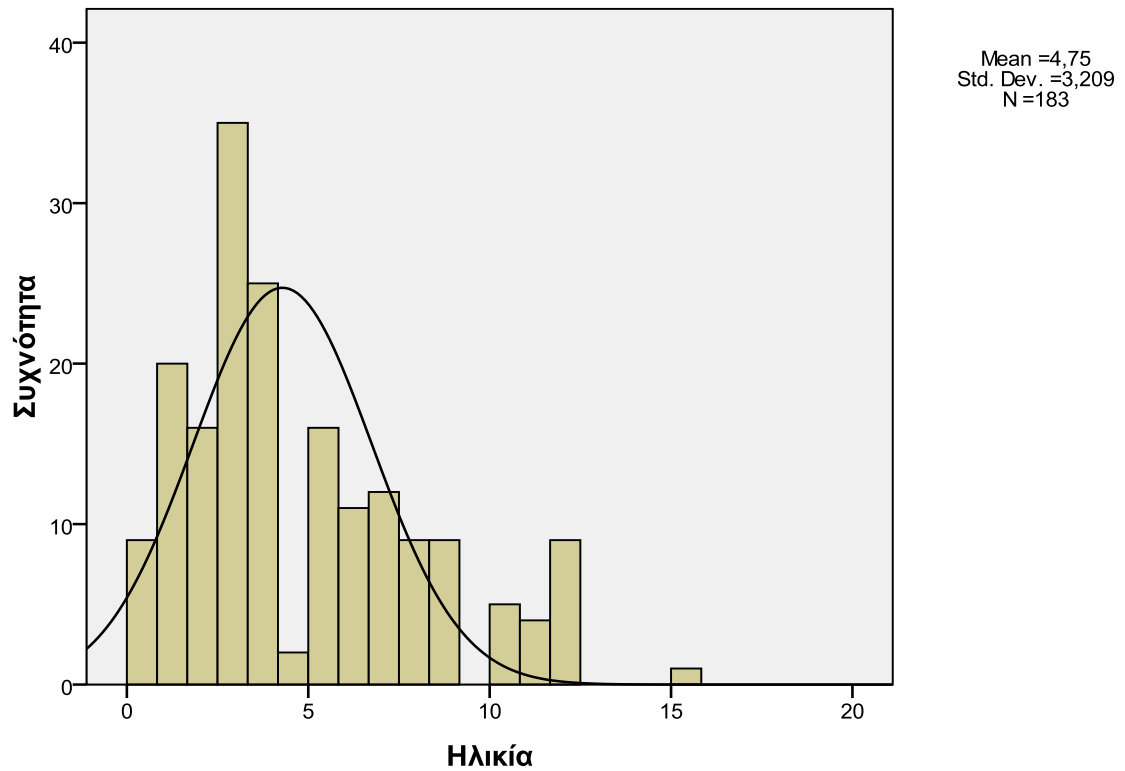
Η πλειονότητα των μητέρων και των πατέρων ήταν ανώτερου/ανώτατου εκπαιδευτικού επιπέδου (54,5 και 49,5% αντίστοιχα)-πίνακας 2.

Πίνακας 2. Εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων

Εκπαιδευτικό επίπεδο	Πατέρα (%)	Μητέρας (%)
Δημοτικό	4,5	3
Γυμνάσιο	7,9	5
Λύκειο	38,1	37,6
ΑΤΕΙ/ ΑΕΙ	49,5	54,5

]Η ηλικία του παιδιού όταν συνέβη το ατύχημα ήταν $4,75 \pm 3,21$ έτη (γράφημα 1).

Γράφημα 1. Η ηλικία του παιδιού κατά το ατύχημα



Στο 85,9% των περιπτώσεων το παιδί χρειάστηκε να μεταφερθεί σε Κέντρο Υγείας ή Νοσοκομείο, ενώ νοσηλεία απαιτήθηκε στο 11,2%. Βοήθεια από τις Υπηρεσίες Υγείας της Κοινότητας υπήρξε στο 15,6% (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Χώρος περίθαλψης του παιδιού

	%
Χρειάστηκε να επισκεφτείτε γιατρό ή Κέντρο Υγείας ή Νοσοκομείο;	85,9
Χρειάστηκε νοσηλεία;	11,2
Μετά το ατύχημα έτυχε συνεχιζόμενης θεραπείας στο σπίτι;	15,0
Είχε βοήθεια από τις Υπηρεσίες Υγείας της Κοινότητας;	15,6

Κάποια παραμόρφωση, αναπηρία ή δυσλειτουργία περιγράφεται στο 76,7% των περιπτώσεων, ενώ σε καμία περίπτωση δε σημειώθηκε θάνατος (γεγονός που συνάδει με τα κοινωνικοοικονομικά πρότυπα τις Ελληνικής μέσης οικογένειας καθώς αυτά έχει βρεθεί από τους Kim *et al.*(2007) ότι συσχετίζεται με τα θανατηφόρα ατυχήματα) (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Σωματικές συνέπειες του ατυχήματος

Το ατύχημα:	%
Άφησε κάποια αναπηρία;	0,6
Άφησε κάποια παραμόρφωση;	74,1
Άφησε κάποια δυσλειτουργία;	1,9
Οδήγησε στο θάνατο;	0,0
Τίποτα σοβαρό/ ελαφρό επιδερμικό σημάδι	23,3

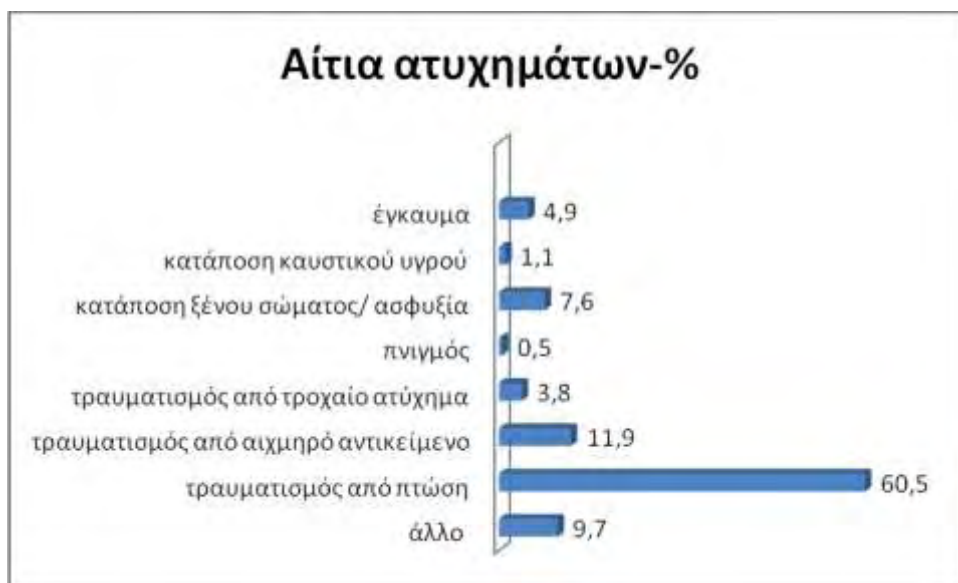
Οικονομική επιβάρυνση στην οικογένεια αναφέρεται στο 33,3% των περιπτώσεων και ψυχολογικές επιπτώσεις στο παιδί στο 3,3%. Κύρια πηγή συμπαράστασης ήταν οι παππούδες και άλλοι κοντινοί συγγενείς (Οι μισοί περίπου γονείς πίστευαν ότι το ατύχημα μπορούσε να προληφθεί)-πίνακας 5.

Πίνακας 5. Έμμεσες συνέπειες του ατυχήματος και συμπαράσταση από την οικογένεια

	%
Υπήρξαν ψυχολογικές επιπτώσεις στο παιδί που υπέστη το ατύχημα;	3,2
Είχε οικονομική επιβάρυνση στην οικογένεια;	33,3
Υπήρξε συμπαράσταση από την οικογένεια;	
(Παππούδες και κοντινοί συγγενείς)	35,8
Φίλοι	6,0
<i>*Κατά την άποψή σας αυτό το ατύχημα μπορούσε να προληφθεί;</i>	49,5

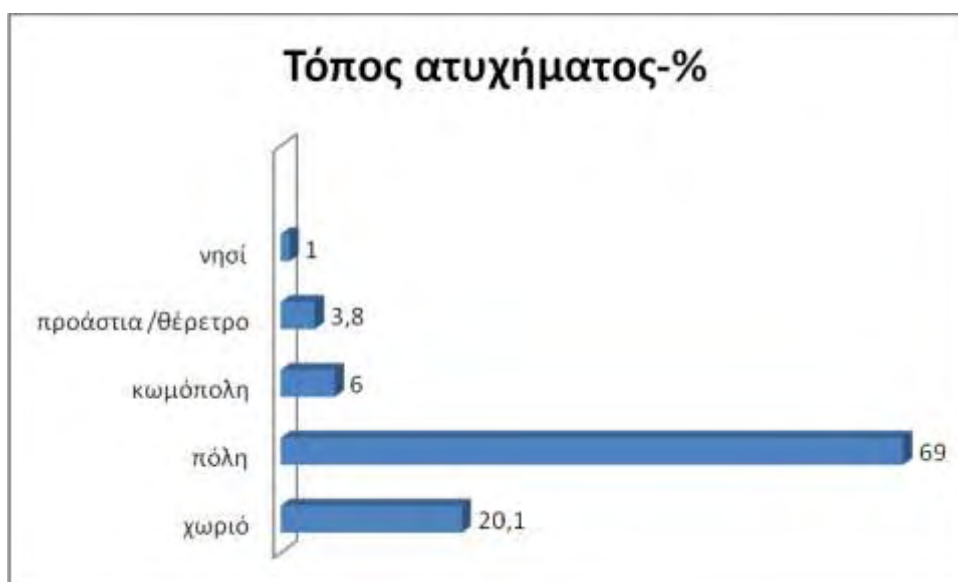
Ανάμεσα στα αίτια των παιδικών ατυχημάτων ξεχωρίζουν οι πτώσεις με ποσοστό 60,5%. Άλλα σημαντικά αίτια είναι οι τραυματισμοί με αιχμηρά αντικείμενα (11,9%) και η κατάποση ξένου σώματος/ ασφυξία με ποσοστό 7,6% (γράφημα 2.)

Γράφημα 2.



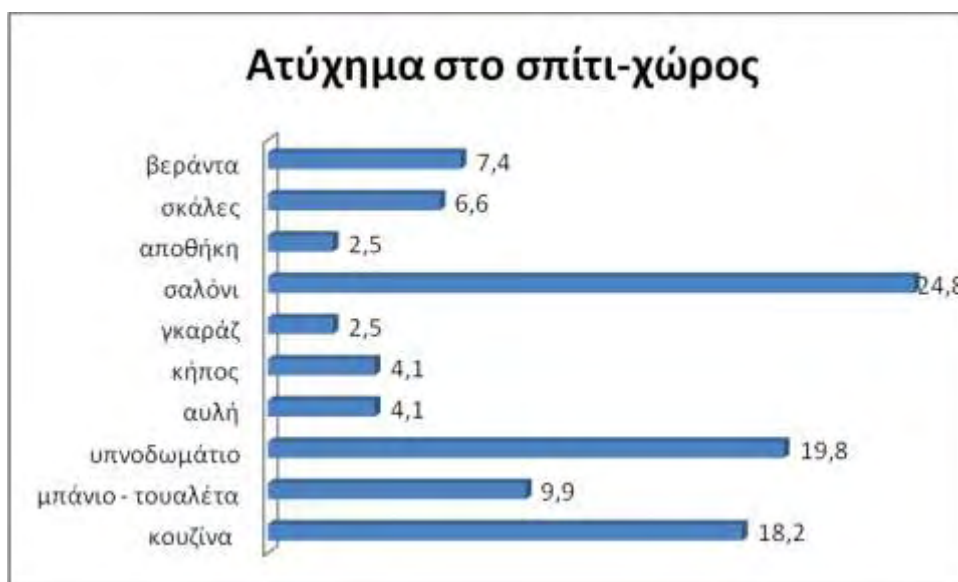
Αναφορικά με τον τόπο του ατυχήματος, το 69% των ατυχημάτων έλαβαν χώρα σε πόλεις, ενώ σε χωριά και κωμοπόλεις το 26,1% (γράφημα 3).

Γράφημα 3.



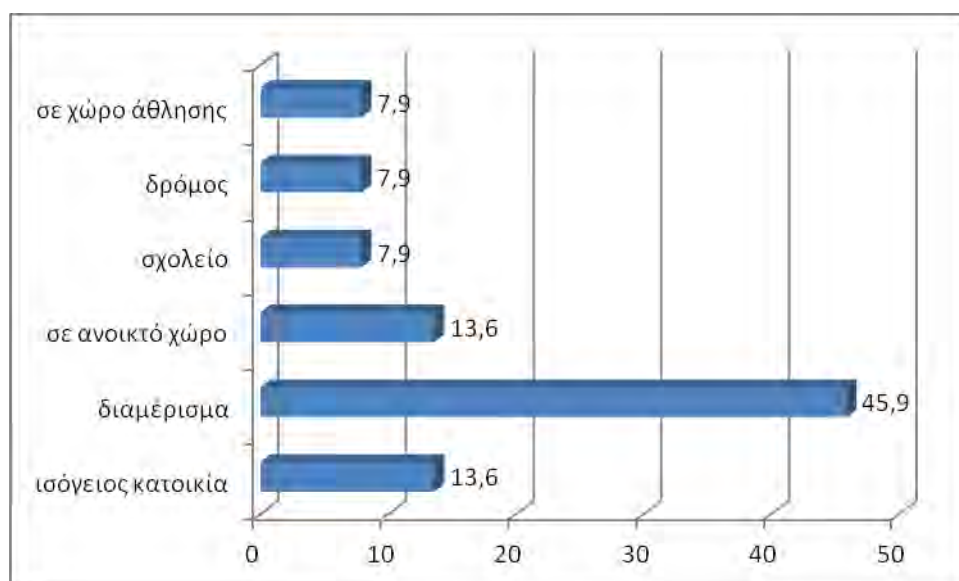
Σε σχέση με το χώρο του σπιτιού που συνέβη το ατύχημα, το σαλόνι ήταν ο κύριος χώρος ατυχήματος με ποσοστό 24,8%. Το υπνοδωμάτιο και η κουζίνα ακολουθούσαν με ποσοστό 19,8% και 18,2% αντίστοιχα. Τα λιγότερα ατυχήματα συνέβησαν σε κήπους και αυλές (ποσοστό 4,1% για κάθε χώρο) - γράφημα 4.

Γράφημα 4.



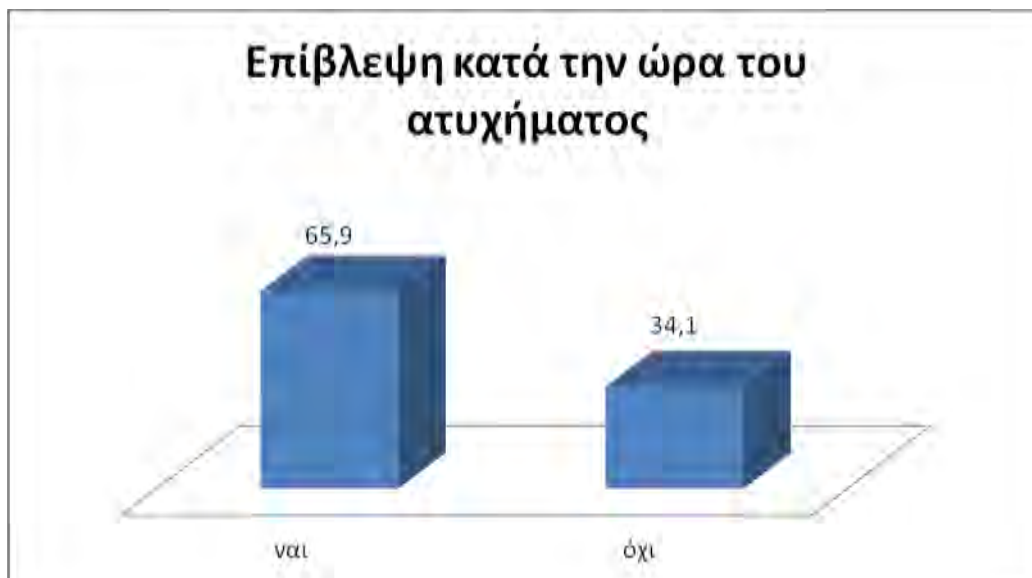
Το 37,3% των ατυχημάτων έλαβαν χώρα εκτός σπιτιού (σε ανοιχτό χώρο, σε σχολείο, σε δρόμο ή σε χώρους άθλησης), ενώ το 59,5% συνέβη εντός της κατοικίας, με το μεγαλύτερο μέρος μέσα σε διαμερίσματα (ποσοστό 45,9% επί του συνόλου) - γράφημα 5.

Γράφημα 5.



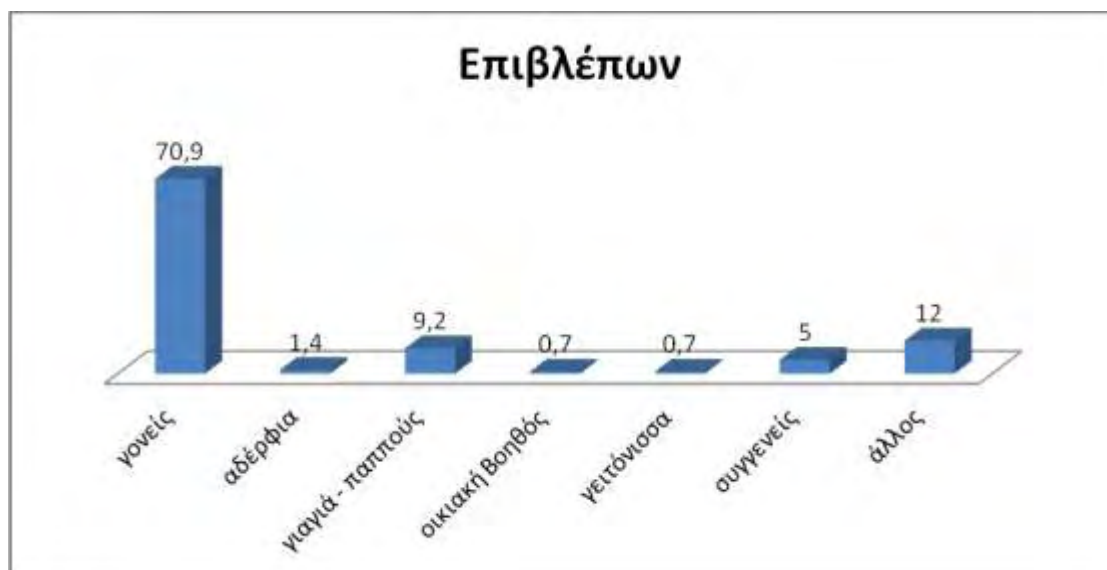
Στο 65,9% των περιπτώσεων υπήρχε επίβλεψη κατά την ώρα του ατυχήματος και στο 34,1% όχι (γράφημα 6).

Γράφημα 6.



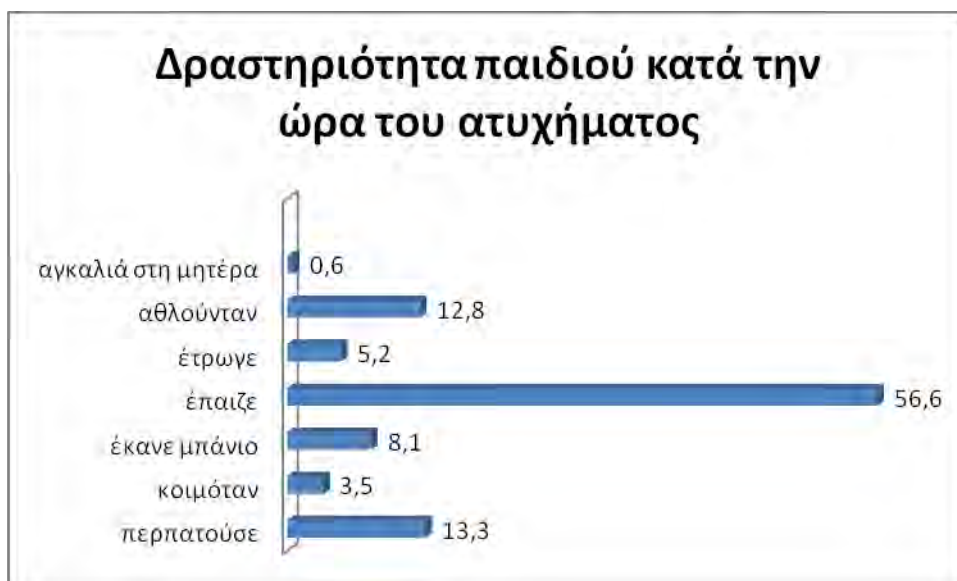
Οι γονείς επέβλεπαν το παιδί κατά την ώρα του ατυχήματος σε ποσοστό 70,9%, ενώ οι παππούδες σε ποσοστό 9,2% και τα αδέλφια σε ποσοστό 1,4%. Άλλοι συγγενείς επέβλεπαν σε ποσοστό 5% ενώ τρίτα προς την οικογένεια πρόσωπα (οικιακοί βοηθοί, γειτόνισσες, άλλοι) είχαν την επίβλεψη σε ποσοστό αθροιστικά 13,4% (γράφημα 7).

Γράφημα 7.



Αναφορικά με τη δραστηριότητα του παιδιού την ώρα του ατυχήματος, στο 56,6% των περιπτώσεων αναφέρεται ότι το παιδί έπαιξε και στο 13,3% ότι περπατούσε. Κατά την ώρα του μπάνιου συνέβη το 8,1% των ατυχημάτων και κατά την ώρα του φαγητού το 5,2%. Σημειώνεται ότι κατά την ώρα του ύπνου ατύχημα αναφέρεται σε ποσοστό 3,5%-γράφημα 8.

Γράφημα 8.



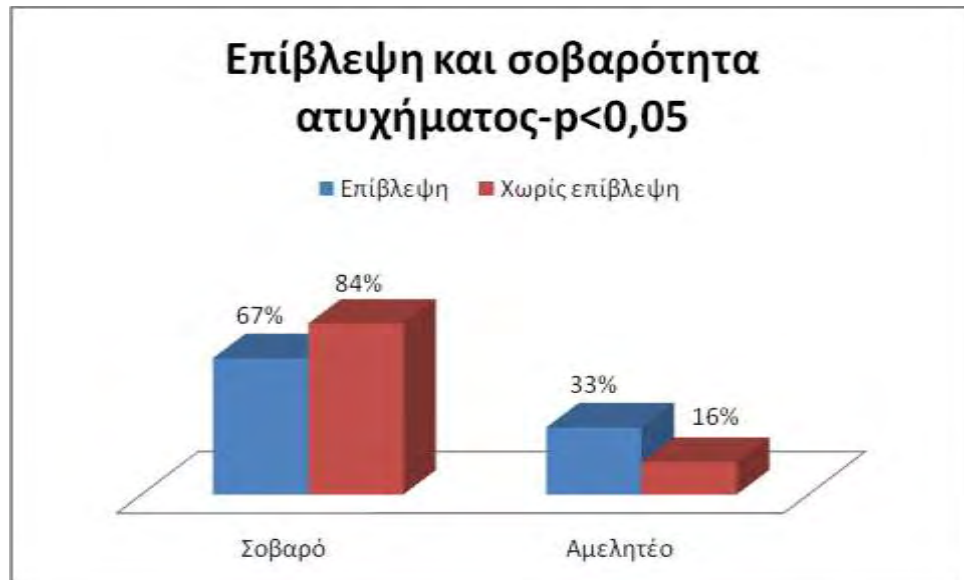
Τα ατυχήματα συνέβαιναν κυρίως τις μεσημβρινές (25%) και απογευματινές ώρες (38%)-γράφημα 9.

Γράφημα 9.



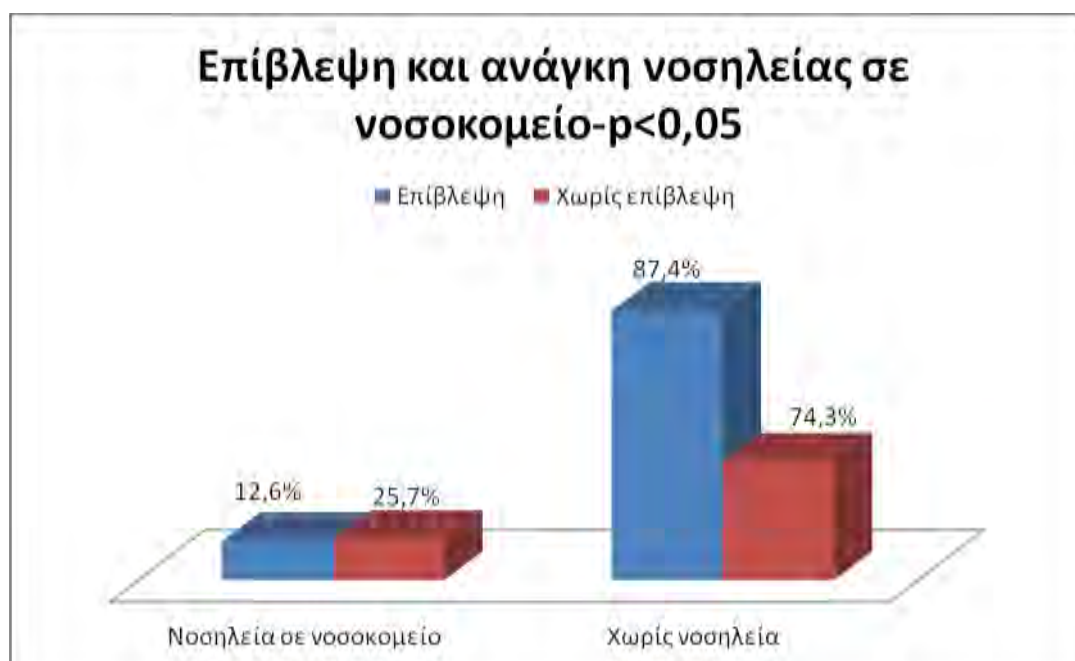
Όταν υπήρχε επίβλεψη, τα ατυχήματα ήταν αμελητέα σε ποσοστό 33%, ενώ όταν δεν υπήρχε επίβλεψη το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 16%, διαφορά στατιστικά σημαντική (γράφημα 10) (χ^2 test).

Γράφημα 10.



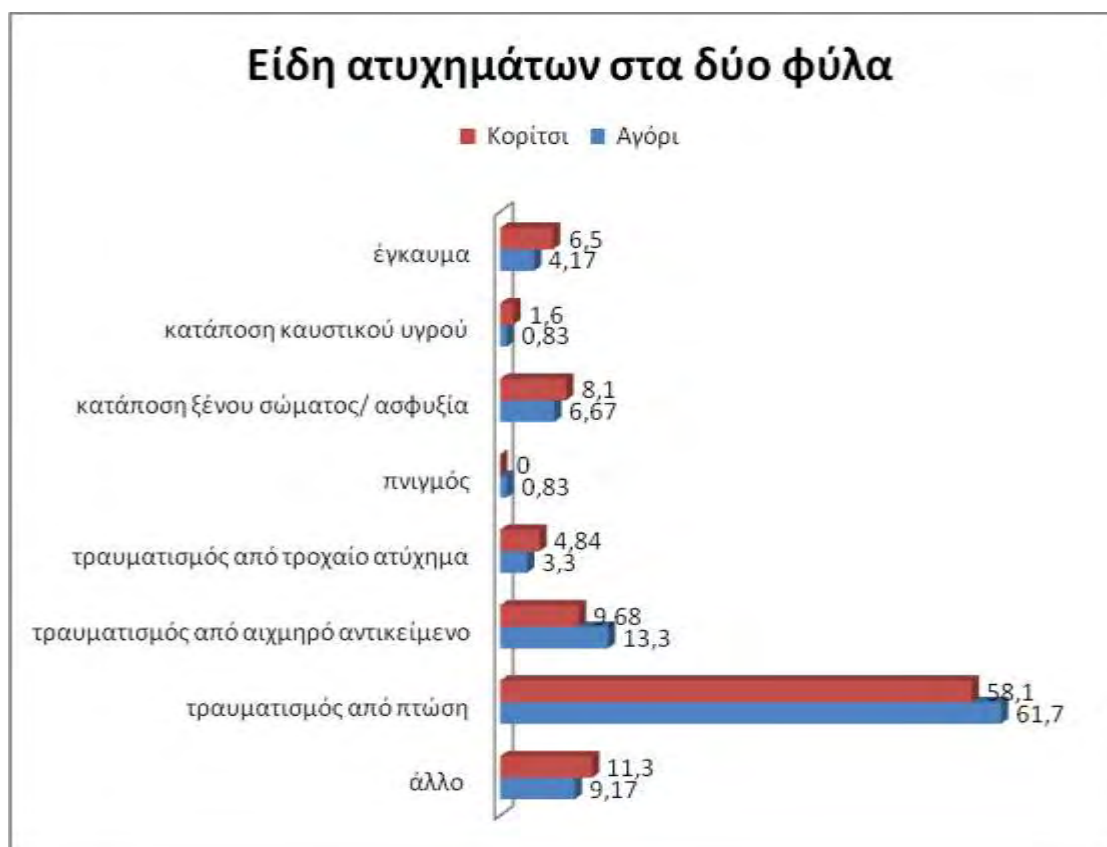
Όταν υπήρχε επίβλεψη, ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο διαπιστώθηκε σε ποσοστό 12,6%, ενώ όταν δεν υπήρχε επίβλεψη, αυτό το ποσοστό διπλασιαζόταν (25,7%). Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική-γράφημα 11. (χ^2 test).

Γράφημα 11.



Ο τραυματισμός από πτώση, από αιχμηρό αντικείμενο και ο πνιγμός ήταν συχνότερα στα αγόρια, ενώ το έγκαυμα, η κατάποση ξένου σώματος/ υγρού και τα τροχαία ήταν συχνότερα στα κορίτσια του δείγματος- γράφημα. Οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές-γράφημα 12.

Γράφημα 12.



4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι πτώσεις είναι τα συχνότερα ατυχήματα στην παιδική ηλικία και συμβαίνουν μέσα στο σπίτι. Η απουσία επίβλεψης συνδυάζεται με σοβαρότερα ατυχήματα, ενώ διαφορές παρουσιάζονται και ως προς το είδος των ατυχημάτων μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Κανένα θανατηφόρο ατύχημα δεν αναφέρθηκε. Όσον αφορά την περίθαλψη των παιδιών, νοσηλεία απαιτήθηκε στο 12% των περιπτώσεων, ενώ τα Κέντρα Υγείας ενεπλάκησαν σε μικρό ποσοστό.

Ως προς το είδος των ατυχημάτων, οι πτώσεις σε όλες τις σχετικές έρευνες σε Ελλάδα και διεθνώς κρατούν τα πρωτεία και είναι συχνότερες στα αγόρια, επιβεβαιώνοντας και το εύρημα της παρούσας μελέτης. Πράγματι, οι Castro *et al.*, (2010), και σε ένα δείγμα 108 παιδιών ηλικίας μικρότερης των 7 ετών, αναφέρουν ότι οι πτώσεις σε ποσοστό 70% ήταν το κυριότερο αίτιο ατυχήματος και στο 9% των περιπτώσεων δεν υπήρχε επίβλεψη. Σε ποσοστό 61% οι επιβλέποντες επιτηρούσαν περισσότερα του ενός παιδιά, (Castro *et al.*, 2010). Υπήρχε οπτική επαφή με τα παιδιά και δυνατότητα να το φτάσουν με τα χέρια τους, αλλά αυτό δεν απέτρεψε το ατύχημα. Στην παρούσα μελέτη, επίβλεψη υπήρχε σε ποσοστό 66% περίπου, και κυρίως από γονέα και παππούδες, αλλά αυτό δε στάθηκε αρκετό να αποτρέψει το ατύχημα, που αφορούσε πτώση στο 60% περίπου των περιστατικών.

Οι Γεωργιλαδάκη και Μπιρμπίλη, (2008), στην Κρήτη για όλο το έτος 2006, είχαν δείγμα έρευνας όλες τις εγγραφές που βρέθηκαν στα αρχεία των τμημάτων επειγόντων των νοσοκομείων Άγιος Γεώργιος και Πα.Γ.Ν.Η για παιδιά ηλικίας 0-15 ετών και έφτασαν τα 4843 περιστατικά. Τα παιδικά ατυχήματα ήταν συχνά, συχνότερα στα αγόρια (σχέση 2:1 περίπου). Ο συχνότερος τύπος ατυχήματος φαίνεται να είναι ο δρόμος ενώ ακολουθεί το σπίτι και το σχολείο. Όσον αφορά την αιτία ατυχημάτων, η πτώση και το κόψιμο φαίνεται να είναι οι συχνότερες. Οι διάφορες κακώσεις είναι συνήθως ελαφριές ενώ ελάχιστα ήταν τα περιστατικά τα οποία χρειάστηκαν εισαγωγή. Πράγματι, και στη δική μας μελέτη, το ποσοστό των παιδιών που χρειάστηκαν νοσηλεία ήταν 11,2%, ενώ 85,9% είχε επισκεφτεί κάποια υπηρεσία υγείας. Η αναλογία αγοριών/κοριτσιών (123/63 αντίστοιχα) στο δείγμα της παρούσας της μελέτης, αν και αυτό δεν είναι αντιπροσωπευτικό, επιβεβαιώνει ότι τα παιδικά ατυχήματα είναι συχνότερα στα αγόρια.

Οι Γαλεράκη και συν., (2010), μελέτησαν με ερωτηματολόγιο 100 ασθενείς της παιδοχειρουργικής κλινικής και του παιδιατρικού ιατρείου επειγόντων περιστατικών, του δημοσίου νοσοκομείου ΠΑΓΝΗ του νομού Ηρακλείου την περίοδο Μαρτίου- Ιουνίου 2009. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων παιδιών στην έρευνα ήταν από 0- 14.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδικών ατυχημάτων συνέβησαν κατά τις απογευματινές ώρες με ποσοστό 36%, ακολουθούν οι μεσημεριανές ώρες με 34% , οι πρωινές ώρες με 17% και τέλος οι βραδινές με 13%. Όσον αφορά στο είδος του ατυχήματος υπερτερούν με ποσοστό 46,3% οι ορθοπεδικές κακώσεις, στη συνέχεια με ποσοστό 23,2% είναι διάφορα άλλα είδη ατυχημάτων, ακολουθούν τα χειρουργικά τραύματα με 15,8%, με 10,5% τα εγκαύματα και τέλος με ποσοστό 2,1% κατατάσσονται οι δηλητηριάσεις και ο πνιγμός. Κυρίαρχο ρόλο με ποσοστό 51% έχουν οι πτώσεις, ακολουθούν με ποσοστό 28% τα τροχαία ατυχήματα και τέλος είναι με 21% άλλα αίτια ατυχημάτων. Επίσης, από αυτή την έρευνα γίνεται αισθητή η διαφορά με ποσοστό 57% η μη παρουσία ενήλικα στον εκάστοτε χώρο του ατυχήματος, ακολουθεί με 26% η παρουσία των γονέων και με μικρότερα ποσοστά η παρουσία των παππούδων, της δασκάλας και του ομαδάρχη. Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδικών ατυχημάτων συμβαίνουν κατά κύριο λόγο στο σπίτι με ποσοστό 83%- εύρημα που συμφωνεί το αντίστοιχο της παρούσας μελέτης- και με ποσοστό 17% στο σχολείο.

Οι Μαρουλάκης και Οικονόμου, (2010), παραθέτουν στοιχεία έρευνας και για την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Με χρονική περίοδο έρευνας από το Νοέμβριο του 2009 έως το Μάιο του 2010, με συλλογή δεδομένων στην περιοχή Θερίσσου Ηρακλείου (στα 25^ο και 27^ο Δημοτικά Σχολεία), για ατυχήματα στο σπίτι ή στο σχολείο. Σύμφωνα με τη δική τους έρευνα, τα αποτελέσματα που προέκυψαν αναφορικά με το ποιος είναι ο πιο επικίνδυνος χώρος για τα παιδιά στο σπίτι, πρώτη έρχεται η αυλή του σπιτιού, με ποσοστό 27,78%. Ακολουθεί το σαλόνι, με ποσοστό 26,19%, μετά το υπνοδωμάτιο με 14,29%, η κουζίνα με 11,11%, ακολουθεί η σκάλα με 10,32%, μετά ο διάδρομος με 5,56, το μπαλκόνι με 3,17% και τέλος το μπάνιο με 1,59%. Το σαλόνι και η κουζίνα ήταν από τους πιο επικίνδυνους χώρους για πρόκληση ατυχήματος και στην παρούσα μελέτη. Η δεύτερη διαπίστωση που προκύπτει από τα στατιστικά στοιχεία της έρευνάς τους, είναι ότι το 71,43% των ατυχημάτων των παιδιών συνέβη όταν εκείνα ήταν με την παρουσία γονέα/συγγενή, ενώ μόλις το 29,5% όταν ήταν μόνα τους στους χώρους τους σπιτιού. Η αιτία των

ατυχημάτων αυτών οφείλονται κατά 28,8% λόγω αντικειμένων που υπήρχαν στο πάτωμα και από απροσεξία (σκόνταψαν πάνω σε αυτά), και κατά 21,6% από παιχνίδι με κάποιο άλλο άτομο. Άλλες αιτίες είναι διάφορες ασχολίες τους στο χώρο της κουζίνας (βράσιμο νερού/ καθάρισμα φρούτων κλπ) 9,6%, το πέσιμο από ποδήλατο/πατίνι 8,8%, λόγω χτυπήματος από μπάλα 5,6%, λόγω ατυχημάτων που προκλήθηκαν από τα κατοικίδια ζώα τους κατά 3,2%, και πολλά άλλα. Και στη δική μας μελέτη υπήρχε επίβλεψη στις περισσότερες περιπτώσεις κατά την ώρα του ατυχήματος. Τα περισσότερα ατυχήματα αναφέρονται κατά την ώρα του παιχνιδιού (56,6%), ενώ το σαλόνι και το υπνοδωμάτιο ήταν οι χώροι όπου πιο συχνά συνέβησαν τα ατυχήματα (24,8% και 19,8% αντίστοιχα).

Αναφέρεται ότι το ήμισυ των πτώσεων σημειώνεται στην προσχολική ηλικία (Pérez-Suárez *et al.*, 2012), και τα παιδιά πέφτουν κυρίως από τα μπαλκόνια των σπιτιών τους (Bulut *et al.*, 2006). Οι πτώσεις ήταν το συχνότερο ατύχημα (60,5%) και στην παρούσα έρευνα, με ατύχημα στο μπαλκόνι να αναφέρεται στο 7,4% των περιπτώσεων. Η μέση ηλικία των παιδιών όταν συνέβη το ατύχημα ήταν $4,75 \pm 3,2$ έτη, συνηγορώντας στο ότι τα παιδιά είναι πλέον ευάλωτα στην προσχολική ηλικία.

Η ανεπαρκής επίβλεψη από ενήλικες ήταν κοινή, μεταξύ μιας σειράς περιπτώσεων παιδιατρικών τραυματισμών σε αγροκτήματα (Morrongiello *et al.*, 2008). Σε γενικές γραμμές, η εποπτεία από μεγαλύτερο παιδί της οικογένειας δεν είναι επιτυχής στο να εμποδίζει επικίνδυνες ή παραβατικές συμπεριφορές που η μητέρα τους αποδοκιμάζει. Έτσι, τα μικρά αδέρφια έχουν τη δυνατότητα να συμμετάσχουν σε επικίνδυνες συμπεριφορές ή παραβίασης κανόνων, όταν εποπτεύεται από τα μεγαλύτερα αδέρφια από ό, τι από τις μητέρες. Γεγονός που μπορεί να εξηγήσει γιατί τα μικρότερα αδέρφια έχουν περισσότερα ατυχήματα συγκριτικά με τα μεγαλύτερα αδέρφια τους που εποπτεύονταν από γονέα. (Morrongiello *et al.*, 2010). Στην παρούσα μελέτη, τα αδέρφια είχαν επίβλεψη σε πολύ μικρό ποσοστό (1,4%), αλλά λοιποί συγγενείς εμπλέκονταν σε ποσοστό 5%.

Ως εκ τούτου, ο δημοφιλής ορισμός της εποπτείας αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι φροντιστές (γονείς, παππούδες κτλ) παρέχουν συνεχή προσοχή κοντά στα παιδιά. Μέγιστη ενεργή εποπτεία με χαμηλότερο κίνδυνο τραυματισμού υπάρχει, όταν ένας επόπτης παρακολουθεί προσεκτικά, το παιδί, είναι σε κοντινή απόσταση (δηλαδή, με άμεση πρόσβαση) και αυτή η συμπεριφορά είναι διαρκής (Morrongiello *et al.*, 2012).

Σημειώνεται ότι πολλά από τα οικιακά ατυχήματα συμβαίνουν σε παιδιά, η μητέρα των οποίων ακολουθεί επαγγελματική καριέρα και αφήνει τη φροντίδα τους σε τρίτους (Ramsaya *et al.*, 2003). Υπολογίζεται πως κάθε χρόνο το 6-9% των παιδιών στην Ελλάδα επισκέπτονται κάποιο Ιατρό, Κέντρο Υγείας ή Νοσοκομείο για ένα σοβαρό ή λιγότερο σοβαρό ατύχημα, (Τσουμάκας, 2006). Μικρό ποσοστό παιδιών στην παρούσα μελέτη είχε επισκεφτεί πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, με την πλειονότητα των γονιών να απευθύνονται απευθείας στο νοσοκομείο. Τρίτα άτομα στην επίβλεψη των παιδιών όταν συνέβη το ατύχημα εμπλέκονταν σε ποσοστό 13,4%.

Τα ατυχήματα εμφανίζονται συχνότερα σε μητέρες νεαρής ηλικίας, σε παιδιά χωρίς επίβλεψη, σε αγόρια και σε αστικά κέντρα, (Sheriff 2011). Οι θάνατοι σπανίζουν, ειδικά μετά την ηλικία των 5 ετών, ενώ νοσηλεία απαιτείται σε λιγότερο από το 15% των περιπτώσεων (Arbós Galdón *et al.*, 1995). Τα θανατηφόρα παιδικά ατυχήματα μειώνονται θεαματικά μετά την ηλικία των 5 ετών, με εξαίρεση τα τροχαία που η συχνότητά τους αυξάνεται με την ηλικία (Sengoelge *et al.*, 2011). Σε συμφωνία με τα παραπάνω κανένας θάνατος δεν αναφέρθηκε στην παρούσα μελέτη.

Σε σχέση με την ανάγκη νοσηλείας των παιδιών, οι αριθμοί συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία (Arbós Galdón *et al.*, 1995), ενώ σχετικά με την εμπλοκή του Κέντρου Υγείας αυτή είναι μικρή (15,6%), δείχνοντας το πρόβλημα που υπάρχει στη χρήση των δομών ΠΦΥ στην Ελλάδα. Η απουσία Κέντρων Υγείας αστικού τύπου, η ελλιπής στελέχωση σε εξειδικευμένο προσωπικό (πχ Παιδιάτρους), αλλά και η επιτέλεση μέρους της ΠΦΥ από τα δευτεροβάθμια νοσοκομεία των αστικών κέντρων, συμβάλλουν στο να αποτείνονται οι γονείς σε δευτεροβάθμια κέντρα.

Η εργασία δείχνει επίσης τη σημασία της παραδοσιακής οικογένειας στην επίβλεψη των παιδιών στην Ελλάδα και ότι σημαντικοί ανθρωπίνι πόροι σε περίπτωση ατυχήματος, είναι κυρίως οι παππούδες.

Περιορισμοί

Το γεγονός ότι το δείγμα της μελέτης δεν ήταν αντιπροσωπευτικό, περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Επίσης, ο τρόπος καταγραφής (μη συμμετοχή εξειδικευμένου προσωπικού) ίσως επηρέασε τη συλλογή στοιχείων για τη σοβαρότητα του ατυχήματος (Goodman 1997).

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αντωνιάδου Ι., Παναγιωτόπουλος Τ. (2005). Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Το Παιδί στο Αυτοκίνητο: Τα τροχαία ατυχήματα είναι το σημαντικότερο πρόβλημα των παιδιών, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.carcrazy.gr, προσπελάστηκε την 10-7-2012.

Γαλεράκη Φ, Περισυνάκη Γ. και Τριανταφύλλου Γ. (2010). Καταγραφή της συχνότητας των ατυχημάτων σε παιδιά σε τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας. Τμήμα: Νοσηλευτικής.

Γεωργιακώδης Φ, Βοζίκης Α. (2004). Η επιδημιολογία των σχολικών ατυχημάτων: Συμπεράσματα από έρευνα σε σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, Ελληνικό Στατιστικό Ινστιτούτο, Πρακτικά 17ου Πανελληνίου Συνεδρίου Στατιστικής, σελ. 83-92.

Γεωργιαδάκη Α, και Μπιρμπίλη Δ. (2008). Μελέτη καταγραφής παιδικών ατυχημάτων που αντιμετωπίστηκαν στα νοσοκομεία ΠΑ.Γ.Ν.Η (Ηράκλειο) και Άγιος Γεώργιος (Χανιά) το 2006. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας. Τμήμα: Νοσηλευτικής.

Ζιάκα Σ, και συν. (2003). Ανάλυση των παιδικών ατυχημάτων τύπου δηλητηριάσεων. Κλινικό-επιδημιολογική μελέτη, Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 15: 154-158.

Ινστιτούτο Κοινωνικής και Πρόληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ). (2002). Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 7-6-2012.

Κασινίδου Κ. (2006). Παραμονεύει ο κίνδυνος όπου υπάρχουν παιδιά, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 25/7/2012.

Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ) Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Παιδικά ατυχήματα: οι αριθμητικές συνιστώσες με βάση την Πύλη Στατιστικών Δεδομένων (Injury Statistics Portal) Ιούνιος 2007 (http://www.euroipn.org/cerepri/static_pages/report_on_child_injuries_CEREPRI.pdf)

Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ) (2007β), Πνιγμοί: τα ατυχήματα με την υψηλότερη θνητότητα.

Μαρουλάκης Ν, και Οικονόμου Κ. (2010). Παιδικά ατυχήματα στο σπίτι και στο σχολείο. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας. Τμήμα: Νοσηλευτικής.

Μπάκα Α, και Παπαμιχαήλ Δ. (2008). Τελική Έκθεση Πορείας Έργου: Πιλοτική Μελέτη Ολοκληρωμένου Συστήματος Καταγραφής Πολυτραυματιών Παιδιατρικών Ασθενών (http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/meletes/meleti_padiko_trauma.pdf).

Μάρκα Χριστίνα, Χατζηδάκη Βιργινία, Αντωνίου Ήλια, Γκότση Αγγελική, Λάσδα Δήμητρα, Μπεκιώτη-Καντερέ Ευαγγελία. (2006). Παρατηρήσεις Σε Παιδικά Ατυχήματα Που Αντιμετωπίστηκαν Στο Νοσοκομείο Καρδίτσας. 18ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ Ε Ε Κ Π Π Υ. Κρήτη.

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

Σπυριδόπουλος Θ. (2003). Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων σε Παιδιά και Νέους, Μέτρα Πρόληψης Ατυχημάτων στον υδάτινο χώρο, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 10-7-2012.

Τζιούμα Α, Τζακώστα Α. (2006). Πρόληψη Ατυχημάτων στο Σχολείο μια ολοκληρωμένη πρόταση παρέμβασης. (http://www.euroipn.org/socped/conferences/crete_18th/oral_numbers.htm)

Τσελίκας Μ. (2005). Προλάβετε τα παιδικά ατυχήματα, 30 Οδηγίες προς τους Γονείς για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.acrobases.gr, προσπελάστηκε την 12-7-2012

Τσουμάκας Κ.Θ. (2006). Παιδικά ατυχήματα, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Σεληνίδου Α. (2006). Η Πρόληψη Των Ατυχημάτων Σε Παιδί, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr, προσπελάστηκε την 27-7-2012.

Ξενόγλωσση

Adesunkanmi RK, Oginnil M, Oyelamio A, Badru OS. (2000). Road traffic accidents to African children. *International Journal of the KR of the injured*, 31:279-99.

Agran PF, Winn DG, Anderson CL, Valle CD. (1998). Family, social, and cultural factors in pedestrian injuries among Hispanic children. *Injury Prevention*, 4:188–193.

Ahmed A, Arif A, Patti J, Tyrone F, Syed M. (2003). The Epidemiology of Unintentional Non-fatal Injuries Among Children in the South Plains/Panhandle Region of Texas. *Texas J Rural Health*, 21(2):31-4.

Alwash R, McCarthy M. (1988). Accidents in the home among children under 5: Ethnic differences or social disadvantage? *British Medical Journal*, 296:1450–1453.

Arbós Galdón J, Rovira Vila M, Llobera Cánaves J, Bonet Mulet M. (1995). Childhood accidents in primary health care. *Rev Sanid Hig Publica (Madr)*, 69(1):97-103.

Belechri M, Petridou E, Trichopoulos D. (2002). Public health policy and practice Bunk versus conventional beds: a comparative assessment of fall injury risk *J Epidemiol Community Health*, 56:413-417.

Ben Hamida-Nouaili E, Ben Said A, Ouzini F, Bezzine A, Ben Hamida A, Marrakchi Z. (2011). Epidemiology of domestic accidents of young children in Tunisia: impact of the training of health professionals on data collection quality. *Tunis Med*, 89(10):766-8.

Bijur E, Golding PG, Kurzon M. (1988). Childhood accidents, family size and birth order. *Sm. Sci. Med*, 26(8):839-843.

Bonnie RJ, Fulco CE, Liverman CT. (Eds.) (1999). *Reducing the Burden of Injury*. National Academy Press, Washington, DC, p. 20.

Bulut M, Koksal O, Korkmaz A, Turan M, Ozguc H. (2006). Childhood falls: characteristics, outcome, and comparison of the Injury Severity Score and New Injury Severity Score *Emerg Med J*, 23(7): 540–545.

Dedoukou X, Spyridopoulos T, Kedikoglou S, Alexe DM, Dessypris N, Petridou E. (2006). Incidence and Risk Factors of Fall Injuries Among Infants, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158:1002-1006.

Castro Y, Powell EC, Sheehan KM. (2010). Supervision of young children with fall injuries. *Trauma*, 69(4):214-7.

Celis A, Gomez Z, Martinez-Sotomayor A, Arcila L, Vullasenor M. (2003). Family characteristics and pedestrian injury risk in Mexican children. *Injury Prevention*, 9:58–61.

Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO health behavior in school-aged children survey. *Health Educ Res*, 12:385-97.

- Currie JV, Hotz J. (2004). Accidents will happen? Unintentional childhood injuries and the effects of child care regulations. *Journal of Health Economics*, 23:25–59
- Fariba F, Seyed S, Seyed M, Hojatollah J. (2002). A study of 1120 poisoned patients younger than 12 years at Loghman Hakeem Poison Control Center, Tehran, Iran, 2000-2001 *Internet J Pediatrics Neonatol ISSN*, 2:1528-30.
- France JM, Peter M, Foggin PM, Pless I. (1991). Geographical and socio-ecological variations of traffic accidents among children. *Sec. Sci Med*, 33(7)765-769.
- Gaines J, David C. (2009). Schwebel. Recognition of home injury risks by novice parents of toddlers. *Accident Analysis and Prevention*, 41:1070–1074.
- Goodman R. (1997). The Strengths and difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581–586.
- Harris VA, Rochette LM, Smith GA. (2011). Pediatric injuries attributable to falls from windows in the United States in 1990-2008. *Pediatrics*, 128(3):455-62.
- Illingworth M, Noble CD, Bell D, Kemn I, Roche C, Pascoe J. (αχρονολόγητο). 150 bicycle injuries in children: a comparison with accidents due to other causes. *Injury: the British Journal of Accident Surgery* Vol. 13/NO.
- Jacobnizer H. (1954). New York City Department of Health. The 103rd Annual Meeting of the American Medical Association, San Francisco, June 24.
- Jacobziner and Rich. (1954). Home Safety and Accident Prevention in a Child Health Conference, *Am. J. Pub Health*, 44: 83.
- Jepsen F, Ryan M. (2005). Poisoning in children. *Current Paediatrics*, 15:563–568.
- Kendrick D. (1994). Children's Safety in the Home: Parents' Possession and Perceptions of the Importance of Safety Equipment *Public Health*, 108:21-25.
- Kendrick D, Mulvaney C, Burton P, Watson M. (2005). Relationships between child, family and neighbourhood characteristics and childhood injury: A cohort study. *Social Science & Medicine*, 61:1905–1915.
- Kim MH, Subramanian SV, Kawachi I, Kim CY. (2007). Association between childhood fatal injuries and socioeconomic position at individual and area levels: a multilevel study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 135–140.
- Kopjar B, Wickizer TM. (1996). Population-based study of unintentional injuries in the home. *American Journal of Epidemiology*, 144:456–462.

- LeClair JA. (2001). Children's behaviour and the urban environment: an ecological analysis. *Social Science and Medicine*, 53:277–299.
- Ljungberg HE, Dahlin LB. (2003). Hand injuries in young children. *J Hand Surg [Br]*, 28: 376, (<http://jhs.sagepub.com/content/28/4/376>).
- Ma WJ, Nie SP, Xu HF, Xu YJ, Song XL, Guo QZ, Zhang YR. (2010). An analysis of risk factors of non-fatal drowning among children in rural areas of Guangdong Province, China: a case-control study. *BMC Public Health*, 10:156.
- Mack KA, Dellinger A, Bethany A. (2012). West. Adult opinions about the age at which children can be left home alone, bathe alone, or bike alone: Second Injury Control and Risk Survey (ICARIS-2), *Journal of Safety Research*.
- McCulloch A, Joshi HE. (2001). Neighbourhood and family influences on the cognitive ability of children in the British National Child Development Study. *Social Science and Medicine*, 53:579–91
- Morrongiello A, Pickett B, Berg R, Linneman J, Brison R, Marlenga B. (2008). Adult supervision and pediatric injuries in the agricultural worksite. *Accident Analysis and Prevention*, 40:1149–1156.
- Morrongiello B, Schmidt S, Stacy L. (2010). Schell Sibling supervision and young children's risk of injury: A comparison of mothers' and older siblings' reactions to risk taking by a younger child in the family *Social Science & Medicine*, 71:958-965.
- Morrongiello B, Zdzieborski D, Sandomierski M, Munroe K. (2012). Results of a randomized controlled trial assessing the efficacy of the Supervising for Home Safety program: Impact on mothers' supervision practices *Accident Analysis and Prevention* xxx (2012) xxx– xxx IN PRESS (<http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2012.06.007>).
- Pérez-Suárez E, Jiménez-García R, Iglesias-Bouzas M, Serrano A, Porto-Abad R, Casado-Flores J. (2012). Falls from heights in Pediatrics. *Epidemiology and evolution of 54 patients. Med Intensiva*, 36(2):89-94.
- Petridou E. (2000). Childhood injuries in the European Union: Can epidemiology contribute to their control, *Acta Paediatrica*, 89: 1244-9.
- Phillipakis A, Hemenway D, Alexe DM, Dessypris N, Spyridopoulos T, Petridou E. (2004). A quantification of preventable unintentional childhood injury mortality in the United States, *Injury Prevention*, 10: 79-82.
- Pless IB, Verreault R, Tenina S. (1989). A case-control study of pedestrian and bicyclist injuries in childhood. *Am J Public Health*, 79:995-8.

Polinder S, Meerding WJ, Mulder S, Petridou E, Beeck EV. (2007). EUROCCOST Reference Group, Assessing the burden of injuries in six European countries, *Bulletin of the World Health Organization*, 85: 27-34.

Ramsaya LJ, Moretona G, Gormana DR, Blakeb E, Gohc D, Eltond RA, Beattie TF. (2003). Unintentional home injury in preschool-aged children: looking for the key—an exploration of the inter-relationship and relative importance of potential risk factors. *Public Health*, 117:404–411.

Reading R, Jones A, Haynes R, Daras K, Emond A. (2008). Individual factors explain neighbourhood variations in accidents to children under 5 years of age. *Social Science & Medicine*, 67:915–927.

Reading R, Langford H, Haynes R, Lovett A. (1999). Accidents to preschool children: comparing family and neighborhood risk factors. *Social Science & Medicine*, 48:321-330.

Roberts I. (1994). Sole parenthood and the risk of child pedestrian injury. *Journal Paediatrics and Child Health*, 30:530–532.

Robin H, Jones A, Reading R, Daras K, Emond A. (2008). Neighbourhood variations in child accidents and related child and maternal characteristics: Does area definition make a difference? *Health & Place*, 14:693–701.

Robin H, Reading R, Gale S. (2003). Household and neighborhood risks for injury to 5–14 year old children. *Social Science & Medicine*, 57:625–636.

Rogers S, Hevey D, Roche J, Ash E. (1992). *Child Abuse and Neglect: Facing the Challenge*. Open University Press, Milton Keynes.

Sengoelge M, Hasselberg M, Laflamme L. (2011). Child home injury mortality in Europe: a 16-country analysis. *Eur J Public Health*, 21(2):166-70.

Sheriff A, Rahim A, Lailabi MP, Gopi J. (2011). Unintentional injuries among children admitted in a tertiary care hospital in North Kerala. *Indian J Public Health*, 55(2):125-7.

Sibert JR, Maddocks GB, Brown BM. (1981). Childhood accidents—an endemic of epidemic proportions. *Arch Dis Child*, 56:225-7.

Soori H, Bhopal R. (2002). Parental permission for children's independent outdoor activities. Implications for injury prevention. *European Journal of Public Health*, 12: 104–109

Troop PA. (1986). Accidents to Children" an Analysis of Inpatient Admissions. Public Health, 100:278-285.

Uzi B, Boaz M. (2003). Children hospitalized for accidental injuries: Israeli experiences. Patient Education and Counseling, 51:177–182.

Walsh S, Jarvis S. (1992). Measuring the frequency of severe accidental injury in childhood. Journal of Epidemiology and Community Health, 46:26–32.

Watson M, Kendrick D, Coupland C, Woods A, Futers D, Robinson J. (2005). Providing child safety equipment to prevent injuries: randomized controlled trial. BMJ, 330:178–181.

Wen Jun Ma, Shao Ping Nie, Hao Feng Xu, Yan Jun Xu, Yu Run Zhang. (2010). Socioeconomic status and the occurrence of non-fatal child pedestrian injury: Results from a cross-sectional survey. Safety Science, 48:823–828.

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

Διαδικτυακές διευθύνσεις

HTTP 1. <http://www.pedtrauma.gr/content.php?cid=17> προσπελάστηκε την 5-7-2012

HTTP 2. <http://www.scribd.com/doc/52120948/Παιδικά-ατυχήματα> προσπελάστηκε την 5-7-2012.

HTTP 3. <http://4dim-iliou.att.sch.gr/ergasies/diathematika/paidika-atykhmata/index.html> προσπελάστηκε την 5-7-2012.

HTTP 4. <http://www.larissanet.gr/el/issue2/larissa/4430/> προσπελάστηκε την 5-7-2012.

HTTP 5.

http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CEgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.schools.ac.cy%2Fklimakio%2Fsymbouloi%2Faxenofontos%2Filikosxoleion%2F14%2Fpafos_paidika_atiximata.ppt&ei=FvwwUOLoHKX54QSSvIC4Cg&usg=AFQjCNEZ7okoxPvQ4PZckDX3ceekePdcra&cad=rja Σε μορφή PDF αρχείου, προσπελάστηκε την 5-7-2012.