

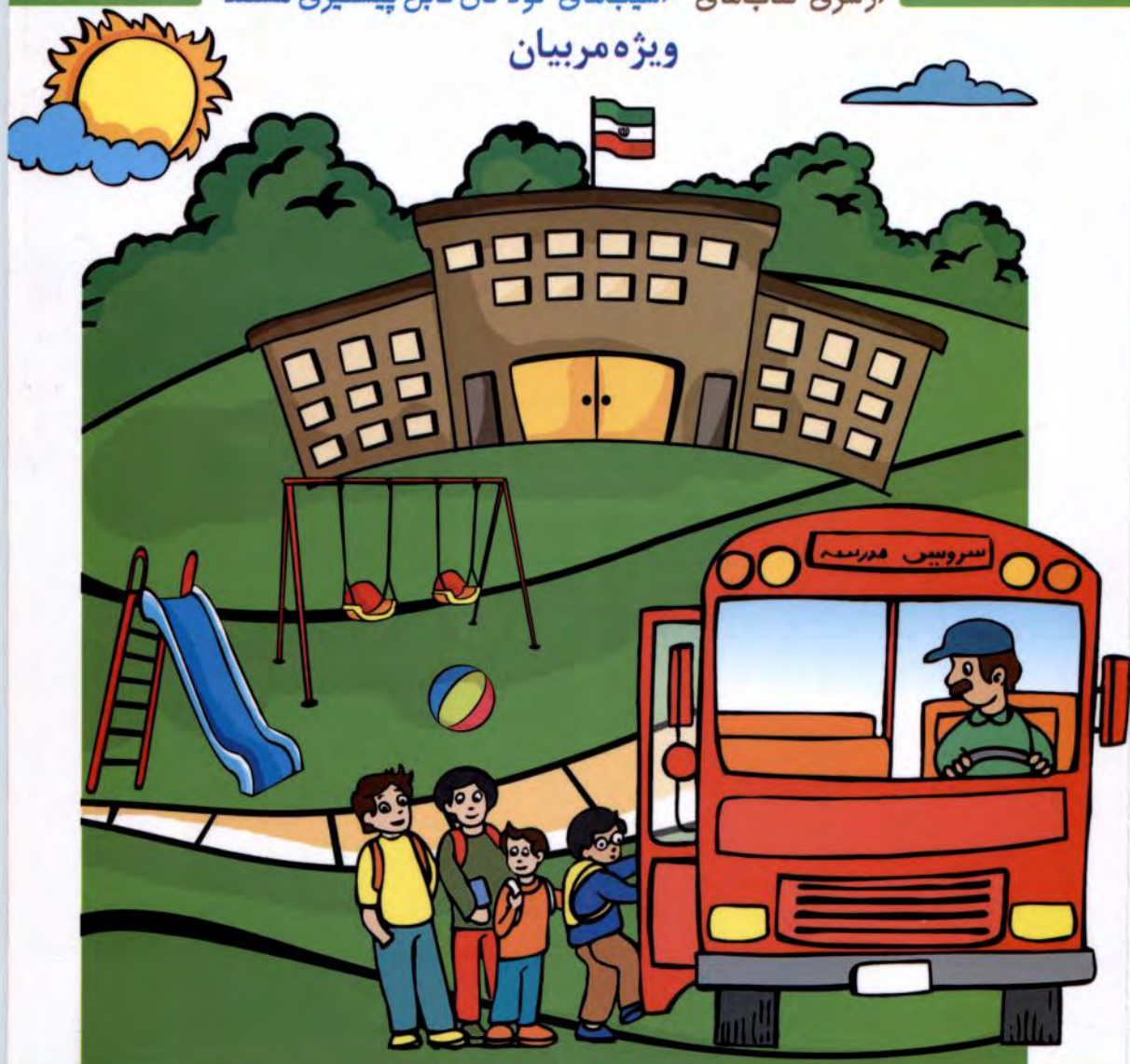


وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت کودکان

بچه‌های کوچک، آسیب‌های بزرگ

از سری کتاب‌های "آسیب‌های کودکان قابل پیشگیری هستند"

ویژه‌مربیان



کودک و خانواده

آسیب‌های

کودک و خانواده

بزرگ

معمول

سخت

بزرگ

کودک و خانواده

کودک و خانواده

کتابخانه
۱۳۸۸

بسم الله الرحمن الرحيم

برکاتی، سید حامد ۱۳۴۵- بچه‌های کوچک، آسیب‌های بزرگ: ویژه مربیان، تاریا ابوالقاسمی،
سید حامد برکاتی، به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره سلامت کودکان،
قم: اندیشه ماندگار، ۱۳۹۳. مشخصات ظاهری: ۱۶۸ ص. - مصور (رنگی)، جدول (رنگی).
نویسندگان: به ترتیب حروف الفبا: تاریا ابوالقاسمی، سید حامد برکاتی، مشیله حدادی، شهرام رفیعی‌فر،
حمیدرضا لرنژاد، محمد اسماعیل مطلق.
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۷۸۲-۴۹-۴
وضعیت فهرست نویسی: فبا
موضوع: کودکان - حوادث - پیشگیری / کودکان - زخم‌ها و آسیب‌ها - پیشگیری
شناسه افزوده: برکاتی، سید حامد، تاریا، ابوالقاسمی، ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت کودکان
رده بندی کنگره: ۱۳۹۳ ۲۱۵/۲۲ HV۶۷۵
رده بندی دیویی: ۶۱۶۱۳
شماره کتابشناسی ملی: ۳۴۵۶۹۱۷

بچه‌های کوچک، آسیب‌های بزرگ ویژه مربیان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
اداره سلامت کودکان

نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):
دکتر تاریا ابوالقاسمی - دکتر سید حامد برکاتی
دکتر مشیله حدادی - دکتر شهرام رفیعی‌فر
دکتر حمیدرضا لرنژاد - دکتر محمد اسماعیل مطلق

ناشر: اندیشه ماندگار
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۷۸۲-۴۹-۴
تیراژ: ۲۰۰۰ نسخه
چاپ: اول تابستان ۱۳۹۳

انتشارات اندیشه ماندگار

قم: خیابان صفاده - تنه‌ای کوی بیگدلی (شماره ۲۸) - پتای کوی غدوسی - پلاک ۲۸۴
سندوق پستی: ۳۷۱۵۵/۶۱۱۳ - تلفن: ۳۷۷۴۲۱۴۲-۳۷۷۳۶۱۶۵-۳۵



کلیه حقوق مادی و معنوی این کتاب مشفق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره سلامت
کودکان است. استفاده از مطالب کتاب یا ذکر منبع بلامانع است.

در گذشته

آسیب را نتیجه یک تصادف می دانستند

و برای شانس و اقبال و قضا و قدر

نقش پررنگی قائل بودند!

در حالی که امروزه می دانیم

همه آسیب ها قابل پیشگیری هستند.



۵	مقدمه
۷	کلیاتی در مورد آسیب‌های کودکان
۱۹	حوادث ترافیکی
۳۷	غرق شدگی
۵۳	سوختگی
۶۷	سقوط
۸۱	مسمومیت
۹۹	خفگی
۱۰۷	آسیب‌های ورزشی
۱۱۹	آسیب‌های دیگر
۱۳۳	احیای پایه کودکان و شیرخواران
۱۵۱	پیوست‌ها
۱۶۵	منابع

آسیب‌های ناشی از حوادث از علل اصلی معلولیت، ناهنجاری‌های دائمی و مرگ در کودکان است. هر سال تعداد زیادی از کودکان، حوادثی را تجربه می‌کنند. یکی از علل عمده بروز حوادث در کودکان، ناتوانی آن‌ها در شناخت اصول ایمنی و پیشگیری از آسیب‌ها است. مکان‌هایی در خانه و خارج از آن وجود دارد که علیرغم اینکه به چشم نمی‌آید، بالقوه برای کودک آسیب‌زا است. آسیب‌های کودکان قابل پیشگیری هستند، اما در اغلب مناطق دنیا عامه مردم، سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی به آن‌ها کم توجهند. اغلب اوقات پس از بروز آسیب به فکر پیشگیری می‌افتیم، در حالی که پیشگیری از آسیب و حادثه باید به عنوان روشی مهم در زندگی به ویژه در مورد کودکان پذیرفته شود و والدین و مراقبان همواره اصول آن را رعایت کنند تا مانع وقوع آسیب در کودکان شوند. در رشته‌های پزشکی به دانشجویان آموزش داده می‌شود که چگونه نتیجه آسیب یا حادثه را درمان کنند، اما به پیشگیری از آن کمتر توجه می‌شود.

همه آحاد جامعه نسبت به پیشگیری از آسیب‌های کودکان مسئولند. همانگونه که محیطی ایمن، مطمئن و پایدار پیش نیاز جامعه سالم است، کودکان شایسته‌ی بیشترین سطح سلامتی و زندگی در محیطی ایمن هستند. پیشگیری از آسیب‌های کودکان مسئولیت بزرگی است که نیازمند تعهد و مشارکت کامل مجموعه گسترده‌ای شامل دولت، سازمان‌های ملی و بین‌المللی، خانواده‌ها و حتی کودکان است. آسیب‌های کودکان باید از اولویت‌های اساسی سلامت همگانی باشند. تمام والدین، معلمان و مراقبان کودک در خانه و هر جای دیگر باید با دقت در جزئیات، مانع آسیب‌های کودکان شوند و در پیشگیری از حوادث نقش فعالی داشته باشند.

کتاب حاضر که به همت همکاران اداره سلامت کودکان و با بهره‌گیری از منابع متعدد و معتبر ملی و بین‌المللی برای مربیان تدوین گردیده، دارای مفاهیم، اصول و روش‌های پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان است. مربیان پس از شرکت در کارگاه‌های آموزشی مرتبط و مطالعه این کتاب، خواهند توانست از طریق آموزش‌های صحیح به والدین و کودکان و ایجاد تغییر مثبت در باورها و رفتارهایشان دنیایی سالم‌تر و امن‌تر را به کودکان کشور هدیه کنند. دنیایی که در آن تجارب مفید و توسعه مهارت‌های کودکان در فضایی ایمن، نوید بخش آینده‌ای بهتر برای کشور عزیزمان خواهد بود.

دکتر علی اکبر سیاری
معاون بهداشت

کلیاتی در مورد آسیب‌های کودکان

تعریف کودک:

طبق تعریف پیمان نامه سازمان ملل در مورد حقوق کودکان دوره زندگی انسان تا سن ۱۸ سالگی دوره کودکی نامیده می‌شود.

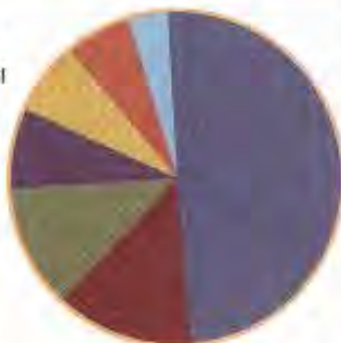
تعریف آسیب:

آسیب به مفهوم جراحی فیزیکی است که به دنبال اعمال ناگهانی یک انرژی (مکانیکی، حرارتی، شیمیایی یا اشعه) بیش از حد آستانه تحمل فیزیولوژیک بدن، کمبود یا نبود یک یا چند عنصر حیاتی مثل اکسیژن، بر پیکر انسان ایجاد شود.

اپیدمیولوژی آسیب‌ها:

در بین کودکان ۴-۱ سال غرق شدگی علت اصلی مرگ ناشی از آسیب است و بعد از آن تصادفات جاده‌ای و سوختگی قرار دارد. این سه علت حدود دو سوم مرگ‌های این گروه سنی را تشکیل می‌دهند. در سنین بالاتر از ۵ سال نیز آسیب‌های ترافیکی، سوختگی و غرق شدگی از دلایل اصلی مرگ کودکان

- حوادث ترافیکی
- انسداد راه هوایی
- غرق شدگی
- مسمومیت
- سقوط
- سوختگی
- خفگی با دود



نمودار آسیب کودکان مرگ ناشی از سوختگی غیر عمدی سنین ۱-۵۹ ماهه، ج ۱ ایران، ۱۳۸۶-۱۳۸۹

است. در کشور ما از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۹ بطور

متوسط ۲۰٫۲٪ از موارد مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه به دلیل سوانح و حوادث غیر عمدی بوده

است. ۴۳٪ درصد از این مرگ‌ها به دلیل حوادث ترافیکی، ۱۲٪ به دلیل انسداد راه هوایی، ۱۰٪ به دلیل غرق شدگی، ۵٫۶٪ به دلیل سوختگی با آب داغ، ۶٫۳٪ به دلیل سقوط، ۷٪ به دلیل مسمومیت، ۲٫۳٪ به دلیل خفگی با دود و ۲٪ به دلیل گزیدگی‌ها و الباقی به سایر دلایل بوده است.

ارتباط حوادث با سن

کودکان تا سنین ۴ یا ۵ سالگی نمی‌توانند معنای خطر و مفهوم هشدارها را متوجه شوند. گروه سنی ۴-۰ سال بیشتر در معرض خطر حوادث خانگی قرار دارند. شدیدترین صدمات ناشی از حوادث مرتبط با گرما و سقوط از ارتفاع است. کودکان بزرگتر نسبت به کوچکترها با احتمال بیشتری در برابر شکستگی مقاومت می‌کنند. کودکان کوچکتر بیشتر در معرض خطر سوختگی، حوادث مرتبط با مسمومیت و بلع قرار دارند. بیشتر این حوادث از طریق افزایش آگاهی، ایجاد بهبود در محیط خانه و ایمنی بیشتر محصولات، قابل پیشگیری هستند.

ارتباط حوادث با جنس

احتمال وقوع حادثه در پسران نسبت به دختران بیشتر است.

بار اقتصادی آسیب‌ها چقدر است؟

در اکثر کشورها اطلاعات ناچیزی در مورد تأثیر اقتصادی آسیب‌های کودکان وجود دارد. علاوه بر این بررسی مناسبی در مورد هزینه مداخلات پیشگیرانه وجود ندارد. ولی در بررسی‌های انجام شده به این نتیجه رسیده‌اند که هزینه استراتژی‌های سلامت همگانی برای پیشگیری از آسیب‌های کودکان همواره کمتر از هزینه‌های ناشی از عواقب آسیب است.

اهمیت آسیب در کودکان

در سراسر جهان آسیب‌های غیر عمدی و خشونت از اصلی‌ترین علل مرگ و میر کودکان است، که در این میان آسیب‌های غیر عمدی عامل ۹۰٪ مرگ‌ها است. آسیب‌ها مسؤول ۳۰٪ موارد مرگ کودکان ۱-۳ سال، ۴۰٪ مرگ کودکان ۴ سال، ۶۰-۵۰٪ مرگ کودکان ۱۷-۵ سال است و بیشترین موارد مرگ ناشی از آسیب در بین کودکان ۱۹-۱۰ ساله دیده می‌شود.

بی توجهی به پیشگیری از آسیب‌های کودکان سرمایه‌گذاری‌های بزرگ به عمل آمده در واکسیناسیون، تغذیه و سلامت مادر و کودک را بی‌اثر می‌سازد. علی‌رغم تعهد بالای مؤسسات ملی و بین‌المللی برای کاهش بیماری‌های دوران کودکی هنوز هم سطوح بالایی از مرگ و میر، بیماری، ناتوانی و معلولیت در بین کودکان دیده می‌شود که اثر آسیب‌های دوران کودکی و باقی ماندن تأثیر آن بر کودکان در همه سال‌های بعدی زندگی است. اگر کشورها به اولویت مسأله آسیب‌های کودکان توجه نکنند، شاهد رشد روزافزون آن خواهند بود و در نتیجه زندگی‌های بیشتری تلف خواهد شد. سرمایه‌گذاری هدمند منابع مالی برای غلبه بر معضل آسیب‌های کودکان ضروری است و مهار آسیب‌های کودکان باید در مرکز توجهات جهانی قرار گیرد تا از مرگ و میر کودکان کاسته شود و کیفیت زندگی آن‌ها بهبود یابد.

مشخصات آسیب‌های کودکان

در سراسر جهان کودکان به علت آسیب‌های غیرعمدی دچار مرگ، جراحت، ناتوانی‌ها و کم‌توانی‌های جسمی می‌شوند. کودکان در معرض خطر آسیب، بسته به سن، جنس، نژاد و وضعیت اجتماعی و اقتصادی‌شان ویژگی‌های متفاوت دارند. الگوها و علل آسیب‌ها و نتایج حاصل از آن‌ها در جمعیت‌ها و کشورهای مختلف، به دلیل تفاوت در محیط زیست، ماهیت آسیب‌ها و گروه‌های در معرض خطر، متفاوت است.

چه عواملی کودکان را در مقابل آسیب‌ها حساس می‌کنند؟

ویژگی‌های فیزیکی کودکان آن‌ها را بیشتر در معرض خطر آسیب قرار می‌دهد و یا آسیب بیشتری به آن‌ها وارد می‌کند. پوست کودکان در مقابل دماهای پایین‌تر، عمیق‌تر و سریع‌تر می‌سوزد. نسبت سطح بدن به حجم آن در کودکان بیشتر است بنابراین نه تنها اندازه سوختگی آن‌ها نسبت به بزرگ‌ترها بیشتر می‌شود، بلکه کاهش مایع میان بافتی نیز در ناحیه سوخته شدیدتر است. سوختگی با آب جوش یکی از اصلی‌ترین عوامل آسیب رسان در کودکان ۱۲ تا ۱۸ ماهه است. به همین ترتیب میزان مواد لازم برای ایجاد مسمومیت در کودکان کمتر از بزرگسالان است. راه‌های هوایی کودکان به دلیل باریک بودن خطر آسپیراسیون را در آن‌ها بالا می‌برد. نسبت سر به بدن در کودکان از بزرگسالان بیشتر است، از طرفی کودکان قد کوتاه‌تری دارند و احتمال آسیب به سر و گردن آن‌ها بیشتر است.

کودکان کمتر از بزرگسالان به چشم می‌آیند، دیدن وسایل نقلیه برای آن‌ها قدری مشکل است و نمی‌توانند سرعت نزدیک شدن ماشین‌ها و فاصله آن‌ها را از روی صدای موتور پیش‌بینی کنند، بنابراین بیشتر در معرض خطر تصادفات جاده‌ای هستند. دوران‌های مختلف رشد و تکامل کودک می‌تواند با نوع آسیب‌هایی که برای آن‌ها رخ می‌دهد ارتباط داشته باشد. سن کودک، مرحله رشد و تکامل او، نحوه تماس و ارتباط او با جهان اطرافش و نوع فعالیت‌های او همگی با آسیب‌های کودکان مرتبط هستند. در بین نوزادان سوختگی، غرق شدگی و سقوط از علل اصلی مرگ هستند. کودک در ۳ ماهگی شروع به غلت زدن می‌کند، در ۶ ماهگی می‌تواند بنشیند، در ۹ ماهگی شروع به خزیدن می‌کند، اشیاء را به سمت دهان برده و گاز می‌گیرد، انواعی از مسمومیت‌ها می‌تواند ناشی از رفتار و عادت چنگ زدن به اشیاء و فرو کردن آن‌ها در دهان کودکان ۳-۱ سال باشد. مطالعات نشان می‌دهد اغلب مسمومیت‌ها در ۹ ماهگی رخ می‌دهند و تا ۲۳ - ۲۱ ماهگی هم این روند ادامه دارد و سپس کاسته می‌شود. توانایی فیزیکی کودکان با توانایی ذهنی و ادراکی آن‌ها مطابقت ندارد، برای مثال توانایی بالا رفتن از اشیاء را پیدا می‌کنند که ممکن است با توانایی آن‌ها در حفظ تعادل و درک منطقی یکسان نباشد. در ۱۸ ماهگی حرکت کرده و به کشف دنیای اطراف خود مشغول می‌شوند، سقوط عامل اصلی جراحات و آسیب کودکان زیر ۳ سال است و به دوره یادگیری راه رفتن آن‌ها مربوط می‌شود. رفتار کودکان با بزرگ‌ترها متفاوت است، مثلاً در محیط خانه در کف اتاق‌ها می‌خزند، از لبه پنجره‌ها بالا می‌روند، از نرده‌های پلکان سر می‌خورند، با دستگیره‌های در بازی می‌کنند، از اتاقی به اتاق دیگر می‌روند و داخل اتاق‌ها دوچرخه‌سواری می‌کنند، رفتارهایی که احتمالاً برای آن‌ها در استفاده از یک خانه، منطقی به نظر می‌رسد، ولی در طراحی منازل به آن توجهی نمی‌شود. بنابراین کودکان آسیب‌پذیرتر از بزرگسالان هستند.

عوامل اجتماعی - اقتصادی مؤثر در آسیب کودکان

عوامل اقتصادی نظیر درآمد خانواده، عوامل اجتماعی مانند آموزش مادران، فاکتورهای مربوط به ساختار خانواده از قبیل سن مادر، تعداد اعضای خانواده، تعداد بچه‌ها، جدایی والدین و فاکتورهای مربوط به وضعیت منزل از قبیل نوع مالکیت خانه و سطح ازدحام در محل سکونت و کلیه مسایل مربوط به محله و همسایگان در آسیب‌پذیری کودکان مؤثرند.

جنگوتگی تأثیر عوامل اقتصادی بر آسیب پذیری کودکان

بیشتر از ۹۵٪ آسیب‌های منجر به مرگ کودکان در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق می‌افتد و حدود ۴ درصد این مرگ‌ها در کشورهای پردرآمد رخ می‌دهند. زندگی کودکان در فقر ممکن است آن‌ها را در معرض محیط‌های خطر سازی از قبیل ترافیک سنگین، مسیر حرکت خودروهای پر سرعت، آشپزخانه ناامن و اجاق‌های پخت و پز ابتدایی، پنجره و پشت بام‌های بی حفاظ و پله‌های بدون نرده محافظ قرار دهد، و یا ممکن است والدین قادر نباشند یخوبی از عهده حفاظت و نظارت بر کودکان خود برآیند و کودکان مجبور باشند تنها بمانند یا مراقب برادران و خواهران خود باشند. همچنین ممکن است به خدمات مناسب پزشکی دسترسی نداشته باشند.

راه کارهای موفق حفاظت از کودکان در برابر آسیب‌ها

هر آسیب باید به عنوان یک بیماری واحد در نظر گرفته شود و راه کارهای مشخصی برای پیشگیری از آن لحاظ شود. انطباق محیط زندگی کودک با ویژگی‌های خاص کودکان و اعمال استانداردهای ایمنی در طراحی محصولات از راه کارهای موفق حفاظت از کودکان در برابر آسیب‌ها به حساب می‌آیند. اغلب اقدامات موفق مبتنی بر چندین سیاست و راه کار هم زمان مثل قانون گذاری، اصلاح و بهبود شرایط محیطی و آموزش بوده است. نگرش مدیریتی مثبت و تلاش‌های همه جانبه و جهانی می‌تواند با تأمین محیط‌های فیزیکی و اجتماعی سالم در کاهش آسیب‌های مهلک نقش مهمی داشته باشد. توسعه اطلاعات مبتنی بر شواهد، ایجاد کمیته پایش و ارزشیابی، برنامه ریزی و قانون گذاری برای ایمن سازی محیط‌ها، آموزش اصول ایمنی به کارکنان و دست اندرکاران مراکز و آژانس‌های مختلف امدادی و اجتماعی و اعمال مدیریت شورایی در موضوعات سلامت و ایمنی نیز در این خصوص مؤثر است. قانون گذاری میزان اقدامات پیشگیرانه را افزایش می‌دهد و می‌تواند آسیب‌های دوران کودکی را در چندین حوزه کاهش دهد. باید توجه داشت تطابق مداخلات با برنامه‌های محلی و سعی برای بومی سازی این تدابیر و انطباق آن‌ها با شرایط موجود اثربخشی آن‌ها را افزایش می‌دهد.

تعریف مادر یس هادون

ویلیام هادون برای مدیریت سلامت عمومی جامعه از طریق کاهش مشکلات سوانح جاده‌ای،

ماتریس هادون را طراحی کرد. از این ماتریس به عنوان مدلی برای مدیریت ممانعت از انواع آسیب‌ها و سوانح استفاده شده است. این ماتریس ۱۲ خانه دارد که در جدولی با چهار ستون و سه ردیف مرتب شده‌اند. ستون‌های چهارگانه مربوط به میزبان، حامل، شرایط فیزیکی و شرایط محیطی است، سه ردیف این جدول نیز به سه بازه زمانی قبل، حین و بعد از رخداد آسیب اختصاص یافته است. با استفاده از این جدول و تحلیل حادثه، امکان طراحی مداخلات مناسب برای پیشگیری از وقوع حادثه میسر خواهد بود.

ماتریس هادون

موقعیت	السان	حامل، ناقل یا وسیله	محیط فیزیکی	خصوصیات محیط اجتماعی اقتصادی
قبل از حادثه	آیا فرد در معرض خطر قرار دارد؟	آیا حامل خطرناک است؟	آیا محیط خطرناک است؟ آیا محیط دارای خصوصیتی برای کاهش یا افزایش مخاطرات است؟	آیا محیط باعث تقویت یا تضعیف خطرات موجود است؟
زمان حادثه	آیا فرد قادر است در مقابل انرژی یا نیروی منتقل شده مقاومت کند؟	آیا حامل محافظت ایجاد می‌کند؟	آیا محیط در ایجاد آسیب پس از حادثه مؤثر بوده است؟	آیا محیط در ایجاد حادثه و آسیب مؤثر بوده است؟
پس از حادثه	شدت آسیب‌ها و صدمات چقدر است؟	آیا حامل در ایجاد آسیب مؤثر است؟	آیا محیط باعث اضافه شدن صدمه دیگری پس از وقوع حادثه بوده است؟	آیا محیط در بهبودی مؤثر بوده است؟

در این ماتریس ۱۰ استراتژی مؤثر برای پیشگیری و کنترل انتقال زیان بار انرژی معرفی شده است.

استراتژی‌های ۱۰ گانه هادون در مورد آسیب‌های کودکان

استراتژی	مثالی در رابطه با پیشگیری از آسیب‌های کودکان
ممانعت از پیدایش نقاط و مسایل خطرناک	ممنوعیت تولید و فروش محصولات غیر ایمن و ناسالم
کاهش مقادیر انرژی مصرفی در مواقع خطر	کاهش سرعت
پیشگیری از جریان آزاد خطر	ظرف دارویی دارای قفل کودک
اصلاح و تعدیل میزان و توزیع فضایی خطرات از منشاء اصلی	استفاده از کمربندهای ایمنی و صندلی‌های مخصوص کودک
جداسازی مردم در بعد زمان و مکان از خطرهای موجود	مسیرهای ویژه دوچرخه‌سواری و پیاده‌روی
دور کردن خطرات از مردم به واسطه قرار دادن موانع فیزیکی	سیله و حصار برای پنجره‌ها، حصار استخرها، پوشش چاه‌ها
تعدیل و کاهش مناسب کیفیت و شدت خطرات	مناسب‌سازی کف محوطه‌های بازی
مقاوم سازی افراد در مقابل آسیب‌ها	تغذیه خوب برای کودکان
مقابله با آسیب‌های ایجاد شده توسط عوامل خطرناک	کمک‌های اولیه برای سوختگی‌ها (خنک کردن سوختگی‌ها)
تشخیص، درمان و توان بخشی افراد آسیب دیده	پیوند پوست در سوختگی‌ها، جراحی‌های ترمیمی و فیزیوتراپی

جدول راه کارهای کلیدی کاهش آسیب کودکان

راه کارهای کلیدی	حوادث ترفیقی	غرق شدگی	سوختگی	سقوط	مسمومیت
قوانین و مقررات	محدود کردن سرعت، قوانین الکل و رانندگی و صندلی کودک	محصور نمودن استخر	قوانین مربوط به دمای آب، هشدار دهنده دود	استانداردهای لوازم بازی	تولید، انبار و توزیع مواد خطرناک نیاز به بسته بندی ایمن دارد
تغییر در محصول	ارتقای ایمنی خودروها	وسایل مخصوص شناورسازی فردی	چراغ‌های ایمن، نگهدارنده شمع	تغییر در روزوک و صندلی کودک	بسته بندی داروها، شیشه‌ها و بطری‌های با قفل کودک
تغییرات محیطی	محیط‌های دوستدار کودک، مسیرهای ایمن به مدرسه، محل‌های بازی ایمن تر	موانع مانند پوشش مناسب و حفاظ توری	جداسازی منطقه پخت و پز از محل زندگی	حفاظ پنجره در ساختمان‌های مرتفع، نرده پشت بام، مانع برای راه پله‌ها	ذخیره سازی و نگهداری ایمن مواد خطرناک
آموزش و مهارت آموزی	استفاده از کلاه ایمنی	آموزش شنا، نظارت	کمک‌های اولیه، سرد کردن سوختگی	بررسی خانه برای شناسایی خطر سقوط	کمک‌های اولیه فوری
مراقبت‌های پزشکی اورژانس	مراکز دوستدار کودک، تجهیزات و لوازم مناسب برای کودک	عملیات احیا فوری	مراکز سوختگی	درمان مناسب و به موقع و مراقبت‌های مربوط به کودک	مراکز درمان مسمومیت

در سراسر جهان اکثر برنامه‌های موفق پیشگیری از آسیب‌های کودکان با توجه به اصول ۶ گانه زیر طراحی شده‌اند:

۱. قانون‌گذاری و اعمال قوانین
۲. تغییر و اصلاح محصولات
۳. تغییرات محیطی
۴. بازدیدهای نظارتی از منازل
۵. ارتقای ایمنی ابزارها
۶. آموزش و مهارت‌آموزی

مداخلات مؤثر در پیشگیری از آسیب‌های غیرعمدی کودکان عبارتند از:

در معابر ترافیکی:

- ممانعت از تردد کودکان در مکان‌های غیرمجاز و محدودیت آن به پیاده‌روها، پل‌های روگذر و زیرگذر و مکان‌های خط‌کشی مخصوص عابران پیاده
- کمربند ایمنی خودروها
- کلاه ایمنی دوچرخه سواری
- استفاده از صندلی ایمنی کودکان در خودرو
- ممنوعیت استفاده کودکان زیر ۱۳ سال از صندلی جلوی خودرو
- محدودیت سرعت
- اصلاح تقاطع‌های پرخطر
- علایم راهنما برای عابران پیاده
- روشنایی کافی و مناسب جاده‌ها
- پروژه‌های جامعه محور با تأمین کلاه ایمنی رایگان و اجرای برنامه‌های آموزشی مدون
- ایمن‌سازی تردد کودکان در اطراف مدارس و مهدکودک‌ها
- جداسازی مسیر تردد عابران پیاده، دوچرخه سواران، موتورسواران، خودروهای سواری، اتوبوس‌ها، افزایش پیاده‌روها
- آموزش مهارت‌های ایمنی ترافیک به کودکان
- نصب پل عابر پیاده در بزرگراه‌ها

- نصب ابزارهای ترافیکی مثل استفاده از آینه با میدان دید بالا در بزرگراه‌ها
- طراحی مدارس، مهدکودک‌ها و زمین‌های بازی کودکان به دور از خیابان‌ها و جاده‌های پرتردد و حادثه خیز
- صدور گواهی‌نامه‌های موقتی و مشروط
- ممنوعیت کلی مصرف مشروبات الکلی

در محیط خانه:

- هشدار دهنده‌های دود (آتش سوزی‌هایی که به وسیله دستگاه‌های هشدار دهنده حریق اعلام می‌شوند آمار مرگ و میر پایینی خواهند داشت، البته بدون قانون‌گذاری و اجرای مؤثر قوانین مربوطه تأثیر چشم‌گیری بر کاهش سوانح آتش‌سوزی و آسیب‌های مربوط نخواهد داشت)
- محدود سازی دمای آب داغ
- ظروف و ابزار استاندارد برای کودک
- تأمین سرویس‌های بهداشتی مناسب

اوقات فراغت:

- قانون محصور کردن استخرهای شنا
- محافظت از کودکان برای پیشگیری از غرق‌شدگی در برکه‌ها، دریاچه‌ها، رودخانه‌ها، آب‌انبارها، نهرهای آبیاری یا مزارع شالی
- طراحی جوامع ایمن از جمله تأمین امکانات بازی و سرگرمی سالم در شهر

رعایت استانداردها یا قوانین اختصاصی برای طیف وسیعی از خدمات و کالاها از قبیل:

- امکانات و تجهیزات بازی و اسباب بازی‌ها
- ابزارهای طراحی شده برای کودکان مثل ناخن‌گیر، شانه و برس مو
- تجهیزات پرستاری
- وسایل ایمنی مثل کلاه ایمنی
- مبلمان و دکوراسیون

- نصب حفاظ‌های ایمنی در پله‌ها
- تنظیم فاصله نرده‌های حفاظ پلکان و تطبیق آن با اندازه سر کودکان
- استفاده از جعبه دارو و مواد بهداشتی در منزل
- طراحی و ساخت ظروف و ابزارهای محدود کننده دسترسی کودکان به مواد خطرناک، مانند اصلاح طراحی سر خودکار
- اصلاح محصولات گرمایشی و پخت و پز و محدود کردن دسترسی کودکان به آتش

این نمودار نشان می‌دهد چه خطراتی کودکان ۲۴ + ماهه را تهدید می‌کند که باید از آن‌ها آگاه بود

۵ تا ۸ ماهگی: می‌تواند غلت بزند و خودش را به وسایل برساند و آن‌ها را در دهانش بگذارد.	۹ تا ۱۰ ماهگی: می‌تواند چیزهای کوچک را بردارد و خودش را بالا بکشد تا پاستند.	۱۱ تا ۱۳ ماهگی: اگر چیزی را از او مخفی کنید، جایش را می‌فهمد.	۱۸ تا ۲۴ ماهگی: دوست دارد شبیه شما باشد و هرکاری می‌کنید او هم انجام دهد.
۳-۶ ماه: وقتی کودک را در آغوش خود گرفته و راه می‌روید، اسباب بازی‌ها را کنار بگذارید تا به آن‌ها گیر نکنید و نیفتد.	۹-۱۰ ماه: اگر کودک غلت می‌زند، پوشکش را روی زمین عوض کنید.	۶-۲۴ ماه: اگر کودک صندلی پایه بلند یا کالسکه دارد، از مهار کننده‌های پنج نقطه‌ای استفاده شود تا نیفتد. جلو پله‌ها ورودی‌های امن بگذارید تا نتواند بالا برود. هر چیز بالا رفتنی را از کنار پنجره بردارید، تا کودک از آن بالا نرود. اگر از اسباب‌بازی‌های بزرگ تخت خوابش بالا می‌رود، آن‌ها را از روی تخت بردارید.	پیشگیری از سقوط
۱۲-۱۶ ماه: در تخت خواب کودک از بالش نرم لحاف پر استفاده نشود.	۲۴-۱۰ ماه: در مورد پرده‌های کرکره‌ای یا آویزی، بند پرده را بالا نگه‌دارید تا هیچ گره یا حلقه‌ای آویزان نماند.	۶-۲۴ ماه: خوراکی‌هایی که خیلی بزرگ هستند یا شکل‌های عجیب غریب دارند، را به تکه‌های کوچکتر تقسیم کنید.	پیشگیری از خفگی
۲۴-۷ ماه: اگر کودک داروها را به دهان می‌گذارد، آن‌ها را دور از دسترس او بگذارید.	۲۴-۱۵ ماه: مواد شوینده را از دسترس و دید او دور کنید، آن‌ها را در جایی که قفل دارد نگهداری کنید.	۲۴-۱۰ ماه: کنار حوض پارک‌ها یا استخر بچه‌ها، او را تنها نگذارید.	پیشگیری از مسمومیت
۱۸-۰ ماه: وقتی می‌خواهید نوشیدنی‌های داغ بخورید، اول کودک را پایین بگذارید بعد نوشیدنی‌تان را بردارید.	۲۴-۰ ماه: حمام عادت دارید همیشه اول آب گرم را باز می‌کنید، دیگر این کار را نکنید. همیشه اول آب سرد را باز کنید.	۲۴-۴ ماه: موصاف کن و آن‌ها را از دسترس او دور کنید	پیشگیری از سوختگی
۲۴-۷ ماه: نوشیدنی‌های داغ، قوری یا کتری را از دسترس او دور کنید.			



حوادث ترافیکی

حوادث ترافیکی

آسیب‌های ناشی از حوادث ترافیکی علت بسیاری از مرگ و میرها و معلولیت‌های کودکان است. کودکان به روش‌های مختلفی دچار حوادث ترافیکی می‌شوند، آن‌ها ممکن است عابر پیاده، دوچرخه‌سوار، موتورسیکلت‌سوار، ترک نشین، موتور سیکلت‌سوار، سرنشین اتومبیل، مسافر وسیله نقلیه عمومی باشند یا در نزدیکی جاده‌ها زندگی کنند، در کف جاده‌ها بازی کنند و یا حتی در کنار جاده‌ها کار کنند. آسیب‌های ناشی از وسایل نقلیه ممکن است، زمانی ایجاد شود که کودکان درون خودرو هستند و خودرو ناگهان ترمز می‌کند و با سایر وسایل نقلیه تصادف می‌کند. گاهی نیز آسیب بر اثر تصادف خودرو با کودکان عابر پیاده و یا کودکان دوچرخه‌سوار ایجاد می‌شود. الگوهای کاربرد جاده توسط کودکان کشورهای مختلف متفاوت است و چنین تفاوتی در نوع آسیب‌های ناشی از حوادث ترافیکی تأثیر می‌گذارد. در کشورهای پر درآمد بیشترین خطر متوجه کودکان دبستانی، خطری است که به هنگام پیاده شدن از سرویس مدرسه آن‌ها را تهدید می‌کند و در کشورهای با درآمد متوسط و کم درآمد اتوبوس‌های غیر ایمن در تصادفات کودکان نقش عمده‌ای دارند. مقابله با حوادث ترافیکی نباید موجب نادیده گرفتن ارزش تحرک و استقلال کودکان برای رشد آن‌ها شود. می‌توان به کودکان ایمنی رفت و آمد را آموزش داد و از بروز بسیاری از این تصادفات جلوگیری کرد. البته عبور از یک خیابان پر تردد نیاز به حضور ذهن و سرعت عمل دارد تا با در نظر گرفتن سرعت و فاصله وسایل نقلیه از بین آن‌ها عبور کرد. واضح است که خردسالان قادر به انجام چنین کاری نیستند، بنابراین قبل از این که کودکان رشد کافی پیدا کنند و به اصول ایمنی آگاه شوند نباید اجازه داد به تنهایی از خیابان عبور کنند.

تعریف مرگ ناشی از حادثه ترافیکی

مرگی که در حین تصادف یا در عرض ۳۰ روز پس از تصادف با وسیله‌ای که قابلیت انتقال افراد یا اجناس را از جایی به جایی دیگر دارد، اتفاق افتاده باشد.

اپیدمیولوژی سوانح و حوادث ترافیکی

کودکان قربانی ۲۱٪ از مرگ‌های جاده‌ای هستند. آسیب‌های ترافیکی علت اصلی مرگ در بین سنین ۱۵ تا ۱۹ سال و دومین علت مرگ بین ۵ تا ۱۴ ساله‌ها است. در سطح جهان بیشترین کودکان دچار تصادف را کودکان عابر پیاده تشکیل می‌دهند. در کشورهای پردرآمد بین ۵ تا ۱۰ درصد کودکان قربانی حوادث ترافیکی، عابر پیاده هستند، در حالی که در کشورهای با درآمد متوسط و کم درآمد این نسبت از ۳۰ تا ۴۰ درصد متغیر است. ۵۰٪ مرگ کودکان ناشی از حوادث ترافیکی را کودکان سرنشین خودروهای سواری تشکیل می‌دهند. در سراسر جهان دوچرخه‌سواران ۳ تا ۵۱ درصد آسیب‌های ناشی از حوادث ترافیکی کودکان و ۲ تا ۸ درصد از مرگ‌های مرتبط با تصادف در کودکان را به خود اختصاص می‌دهند. در برخی کشورهای آسیایی این رقم به ۳۳٪ می‌رسد. تصادفات رانندگان جوان ۲۰ تا ۳۰ درصد از کل مرگ و میرهای جاده‌ای را تشکیل می‌دهد. بویژه رانندگان جوان در معرض خطر بالای تصادف در اولین سال رانندگی خود هستند. در کشور ما بر اساس نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه از سال ۱۳۸۹-۱۳۸۶ بطور متوسط ۴۳٪ از موارد فوت ناشی از سوانح و حوادث غیرعمدی در کودکان به دلیل حوادث ترافیکی بوده است.

ارتباط مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی با سن

معمولاً کودکان تا ۹ سالگی در هنگام عبور با خودرو و یا به عنوان عابر پیاده همراه والدین خود هستند اما کودکان بزرگتر تمایل به عبور تنها از خیابان به عنوان عابر پیاده، دوچرخه‌سوار، موتورسوار و سپس راننده ماشین دارند. نسبت‌های بالای حوادث ترافیکی بین کودکان ۱۰ ساله و بیشتر، نتیجه افزایش آزادی و همچنین افزایش تمایل آن‌ها به انجام رفتارهای پر خطر است. نگرش کودکان در مورد رانندگی و نیز استفاده ایمن از جاده‌ها در ۱۱ سالگی شکل می‌گیرد.

ارتباط مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی با جنس

از همان سنین کودکی پسران بیشتر از دختران دچار تصادفات جاده‌ای می‌شوند. بطور کلی نسبت مرگ ناشی از حوادث ترافیکی برای پسران $13/8$ در هر ۱۰۰ هزار نفر و برای دختران $7/5$ در هر ۱۰۰ هزار نفر است.

آیا تمامی حوادث ترافیکی به مرگ منجر می‌شوند؟

بررسی‌ها نشان می‌دهند به ازای هر ۱ کودکی که در نتیجه حوادث رانندگی فوت می‌کند، ۲۵۴ کودک به علت حادثه ترافیکی به بیمارستان مراجعه می‌کند و ۴ کودک با معلولیت‌های دائمی مرخص می‌شوند.

اجات یافتگان از حوادث ترافیکی ممکن است دچار چه عوارضی شوند؟

بررسی‌های اخیر در آسیا نشان داد، حوادث ترافیکی یکی از ۵ علت اصلی ناتوانی کودکان است، اکثر قربانیان بین ۶ تا ۱۲ ماه بعد از تصادف نیز دچار نقص در عملکرد جسمی می‌باشند. ۲۰ نفر از هر ۱۰۰ هزار کودک ۱ تا ۱۷ ساله در نتیجه تصادفات جاده‌ای دچار ناتوانی دائمی می‌شوند که به مراقبت طولانی مدت نیاز دارند و کیفیت زندگی آن‌ها اغلب ضعیف است و فشار زیادی به خانواده‌های آن‌ها تحمیل می‌شود. کودکان در پی تصادفات جاده‌ای دچار برخی از اختلالات روانی نظیر ترس، استرس بعد از حادثه، اضطراب و مشکلات رفتاری می‌شوند و همچنین ممکن است احساس انزوا کنند. کودکانی که بطور مستقیم در تصادف دخیل نبوده و تنها یکی از والدین و سرپرستان خود را از دست داده‌اند، نیز ممکن است با اختلالات روانی بلند مدت و فقر روبرو شوند.

بار اقتصادی حوادث ترافیکی چقدر است؟

هزینه سالانه مرگ و میر جهانی ناشی از حوادث ترافیکی حدود ۵۱۸ میلیارد دلار است. هزینه سالانه تصادفات جاده‌ای در کشورهای با درآمد متوسط و کم درآمد بین ۶۵ تا ۱۰۰ میلیارد دلار می‌باشد. حوادث ترافیکی کودکان هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم فراوانی را بر اقتصاد ملی کشورها و قربانیان حادثه تحمیل می‌کند که شامل: هزینه معلولیت‌های دائمی، هزینه محرومیت از فرصت‌های آموزشی، هزینه مراقبت‌های بهداشتی، هزینه‌های قانونی، هزینه تعمیر

وسایل نقلیه و هزینه غیبت از کار است. به این هزینه‌ها باید هزینه‌های اقتصادی طولانی‌مدت مرگ زود هنگام، توان‌بخشی، از دست رفتن سال‌های زندگی توأم با سلامتی کودکان و ناتوانی برای کار را نیز افزود.

عوامل خطرساز حوادث ترافیکی کودکان کدامند؟

۱. محیط جاده‌ها متناسب با بزرگسالان ساخته می‌شود، وقتی کودکان وارد آن می‌شوند، خطرات زیادی متوجه آن‌ها است. اندام‌های کودکان در حال رشد است و بخاطر نرمی این اندام‌ها آسیب‌پذیری آن‌ها به ضربه نسبت به بزرگترها بیشتر است. ساختار فیزیکی کوچک کودکان توان دیدن یا دیده شدن بالاتر از ارتفاع خاص را محدود می‌کند. توان احساسی کودکان، میدان دید و حس شنوایی آن‌ها محدود است، بنابراین درک آن‌ها از علائم و اصوات هشدار دهنده کم بوده و خطر تصادف در آن‌ها بالا است. رشد ذهنی کودکان فرایندی وابسته به سن است و بر توانایی آن‌ها برای تصمیم‌گیری در محیط جاده‌ها تأثیر می‌گذارد. کودکان ۵ تا ۷ ساله با مفاهیم سرعت و فاصله آشنا هستند اما با اتکای به حس دیداری خود نمی‌توانند در حین عبور از خیابان، فاصله و سرعت ماشین‌ها را بخوبی تشخیص دهند. فرآیندهای دیداری مورد نیاز کودکان برای عبور از جاده تا سنین ۱۰ تا ۱۲ سالگی کاملاً رشد نمی‌یابد. بخش‌های کور جاده‌ها یعنی موانعی که می‌توانند کودکان را از دید راننده پنهان کنند و پیچ جاده‌ها که توسط آن‌ها به عنوان محل‌های پر خطر شناخته نمی‌شوند در تصادفات جاده‌ای کودکان کم سن و سال دخیل هستند.

۲. خطرهای دوچرخه سواری شامل نبود کلاه ایمنی مناسب، دوچرخه‌سواری در مسیرهای پر تردد و خطرناک، دوچرخه سواری روی پیاده رو و عدم رویت دوچرخه سوار می‌باشد.

۳. بیشترین خطر برای کودکان موتورسوار مربوط به کودکانی است که بر ترک موتور سوار می‌شوند. در اکثر کشورهای پردرآمد به ندرت کودکان بر ترک موتورسیکلت سوار می‌شوند ولی در بیشتر کشورهای آسیای جنوب شرقی این نوع کاربری دیده می‌شود. در این کشورها ممکن است کلاه‌های ایمنی استاندارد و با سایز مناسب در دسترس نباشد یا این که ترک نشینان از قانون پوشیدن کلاه ایمنی مستثنی باشند و یا به دلیل بالا بودن هزینه خرید، کودکانی که در ترک موتور سوار می‌شوند کلاه ایمنی نپوشند. همچنین قدرت عضلات کودکان زیر ۵ سال در حدی نیست که بتوانند از کلاه ایمنی

استفاده کنند.

۴. نوجوانان در مقایسه با گروه‌های سنی دیگر کمترین نسبت استفاده از کمربند ایمنی را دارند. نوجوانان با سرعت بیشتری نسبت به بزرگترها رانندگی می‌کنند. رانندگی به همراه سرشینان همسال تاثیر بسزایی در افزایش رفتارهای مخاطره‌آمیز حین رانندگی دارد. استفاده از تلفن همراه، موزیک پلیرها و یا ابزارهای دیجیتالی دیگر از سرعت پردازش اطلاعات در مغز آن‌ها می‌کاهد و در نتیجه موجب افزایش خطر تصادف می‌شود.

۵. موقعیت اقتصادی اجتماعی خانواده‌ها و بویژه فقر بر احتمال کشته یا مجروح شدن کودکان یا نوجوانان در تصادفات جاده‌ای تأثیر می‌گذارد. تک والدی، والد شاغل و والد بیمار یا افسرده از عواملی هستند که از نظارت والدین بر کودکان می‌کاهند و بعنوان عامل خطری برای تصادفات جاده‌ای کودکان محسوب می‌شوند.

۶. ضعف طراحی وسایل نقلیه عامل خطر بسیار مهمی برای حوادث ترافیکی کودکان است. بسیاری از کودکان هنگامی که راننده خودرو به عقب حرکت می‌کند کشته می‌شوند، حتی ممکن است کودکان یا خودروی مراقب خود آسیب ببینند. آسیب‌های ناشی از برخورد با عقب خودرو اغلب حین پارک خودرو اتفاق می‌افتد و اتومبیل کودک را عقب عقب زیر می‌گیرد. کودکان ۱-۳ ساله به خاطر جثه کوچکشان و نداشتن توانایی هشداردهی به راننده با بیشترین خطر روبرو هستند. وسایل نقلیه با حس‌گرهای کمکی عقب می‌توانند به کاهش وقوع چنین حوادثی کمک کنند. همچنین دوچرخه‌هایی که فاقد ابزار حفاظتی برای بیشگیری از گیر کردن پای دوچرخه‌سوار در پره‌های چرخ هستند، می‌توانند موجب حوادث دوچرخه‌سواری شوند. اعمال تغییرات لازم در طراحی دوچرخه در افزایش ایمنی آن مؤثر است.

۷. محل‌هایی با ترافیک بالغ بر ۱۵ هزار وسیله نقلیه در روز، راه‌های مستقیم و طولانی که موجب افزایش هم‌زمان سرعت وسایل نقلیه و تشویق مردم به استفاده از زمین‌های دو طرف جاده برای سکونت، تحصیل و تجارت می‌شود، سرعت نامناسب خودروها بویژه در جاده‌های مناطق مسکونی که در آن‌ها کودکان بازی می‌کنند یا به مدرسه می‌روند، فقدان زمین‌های بازی که موجب بازی کودکان در دو طرف جاده‌ها می‌شود، نبود امکانات برای تفکیک کاربران جاده از قبیل لاین‌های مخصوص دوچرخه‌سواران و یا عابران پیاده، وجود مکان‌های دستفروشی خیابانی که در آن کودکان هم مشغول

کار هستند، فقدان سیستم‌های حمل و نقل عمومی مؤثر و ایمن، از عوامل خطر ساز تصادفات جاده‌ای کودکان می‌باشند.

۸. کمبود و نبود اقدامات درمانی فوری از قبیل فقدان سرویس‌های کمک‌های اولیه و پرسنل مجرب، روش‌های غیرایمن حمل و نقل برای دسترسی به مراقبت‌های اورژانسی، تأخیر طولانی مدت بین زمان آسیب و رسیدن به بیمارستان، سرویس‌های ارجاع نامناسب و فقدان سیستم تریاژ آسیب‌های حوادث ترافیکی را بیشتر می‌کند. در بسیاری از کشورها دسترسی کودکان به چنین مراکزی به خاطر فقدان پرسنل ماهر و نبود دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های توان‌بخشی محدود می‌باشد.

برای پیشگیری از حوادث ترافیکی چه باید کرد؟

۱. **جداسازی مسیر وسایل نقلیه دوچرخ کاهش آسیب‌های مربوطه را نشان می‌دهد.** دوچرخه‌سواران کودک باید از سایر کاربران جاده‌ها جدا شوند. در یک شبکه ایمن، منسجم و منطقی باید به مسیرهای رفت و آمد کودک از خانه تا مدرسه، زمین‌های بازی، مغازه‌ها، چگونگی ترکیب این مسیرها برای تحصیل، کار، پیاده‌روی، دوچرخه سواری و سیستم‌های حمل و نقل عمومی توجه شود. بسیاری از کشورها با ایجاد نواحی بدون عبور ماشین، حرکت با سرعت پایین، نظارت بزرگترها بر عبور دانش‌آموزان از جاده‌ها، ملزم کردن والدین به پارک خودروها در فاصله مشخصی از مدارس و نظارت موردی گشت‌های ترافیک بر سرویس‌های مدارس و محل عبور عابران پیاده در نزدیکی مدارس مناطق ایمنی را برای دانش‌آموزان ایجاد کرده‌اند.

۲. **کاهش سرعت** با اقدامات زیربنایی مهندسی از قبیل نصب سرعت گیرها، احداث میدان‌های کوچک، ایجاد راه‌های یک طرفه در نزدیکی مدارس، ایجاد نواحی مخصوص عابران پیاده و همچنین افزایش روشنایی معابر و کنترل ترافیک به ایمنی جاده‌ای کودکان کمک می‌کند. بطور متوسط کاهش سرعت به میزان ۱ کیلومتر در ساعت موجب کاهش خطر تصادف‌های آسیب‌زا به میزان ۳٪ و کاهش خطر تصادف‌های مرگبار به میزان ۵-۴٪ می‌شود.

۳. **تجهیزات ایمنی کودک** از قبیل سیستم‌های تثبیت و حفاظت کودکان (صندلی‌های حمایتی کودک) و صندلی‌های مخصوص کودکان اگر متناسب با مرحله رشد کودک

انتخاب و به طور دقیق و صحیح نصب شوند، در صورت تصادف می‌توانند مرگ کودکان زیر یکسال را تا ۷۰٪، مرگ کودکان ۱ تا ۴ سال را تا ۵۴٪ کاهش دهند. حفاظت کودکان ۴ تا ۷ ساله‌ای که در صندلی‌های حمایتی قرار می‌گیرند ۵۹٪ بیشتر از کودکانی است که از کمربندهای معمولی استفاده می‌کنند. در بیشتر جوامع لازم است سازمانی تعیین شود که قادر باشد دقت و درستی نصب صندلی مخصوص کودکان در خودرو را بازرسی و رسیدگی نماید. در برخی کشورها این خدمات و سرویس‌ها در ایستگاه‌های پلیس و یا مراکز بهداشتی درمانی قابل دسترسی است.

۴. **کلاه‌های ایمنی دوچرخه سواری** در اکثر تصادفات جاده‌ای و سقوط‌های کودکان دوچرخه سوار باعث محافظت از آن‌ها در برابر آسیب مغزی می‌شود. وضع قوانین مرتبط با استفاده از کلاه ایمنی و اعمال این قوانین، ترویج کلاه ایمنی در بین کودکان و آموزش همگانی از اقدامات مؤثر برای افزایش استفاده از کلاه ایمنی در بین کودکان است. ۸٪ مرگ و میر ناشی از دوچرخه‌سواری به علت ضربه به سر و آسیب مغزی اتفاق می‌افتد. استفاده از کلاه ایمنی تا ۸۵٪ از ضربه به سر و تا ۸۸٪ از آسیب‌های مغزی پیشگیری می‌کند.

۵. **کلاه‌های ایمنی موتورسیکلت** کودکان زیر ۵ سال را نباید با موتور جابجا کرد زیرا قدرت عضلات آن‌ها در حدی نیست که توان استفاده از کلاه ایمنی را داشته باشد و با فشار ناشی از ایستادن یا شتاب‌های ناگهانی را تحمل کنند.

۶. **افزایش امکان دیده شدن کودکان** توسط کاربران دیگر جاده با استفاده از پوشش یا نوارهای شب‌رنگ روی کوله پشتی، پوشیدن لباس‌های با رنگ روشن در شب یا حداقل پوشیدن یک بازوبند یا جلیقه شب‌نما امکان‌پذیر است.

۷. **آموزش ایمنی جاده‌ای و مهارت آموزی** در کلاس درس، اغلب بر نگرش کودکان درباره‌ی اصول رانندگی در جاده تأثیر می‌گذارد. وقتی که کودکان برای خروج از خانه آماده می‌شوند باید قوانین تردد در خیابان را یاد بگیرند. سنین پیش از دبستان برای یادگیری قوانین ترافیکی و رفتارهای ایمنی زمان مناسبی است. سال‌های دبستان ۷ تا ۱۱ سال برای شروع یادگیری دیر است. تا مرحله نوجوانی کودکان باید مهارت‌های مورد نیاز برای حفظ ایمنی خود را بعنوان عابر پیاده و یا دوچرخه سوار فرا گرفته باشند، در غیر این صورت نهادینه سازی چنین رفتارهایی در سنین نوجوانی کار آسانی نیست.

برنامه‌های شهر ایمن و پارک ترافیک، محیط‌های شبیه‌سازی شده‌ای برای آموزش مهارت‌های دوچرخه سواری و پیاده‌روی ایمن برای خردسالان است. نکته بسیار مهم اینکه اصلاح رفتار فردی کودکان در صورتی بر سلامت آن‌ها بیشترین تأثیر را خواهد داشت که با اصلاح شرایط جاده‌ها و وسایل نقلیه همراه باشد.

۸. مقررات و استانداردهایی که برای پیشگیری از تصادف در جمعیت عمومی طراحی شده‌اند به کاهش وقوع آسیب‌های ترافیکی در بین کودکان نیز کمک خواهند کرد، مثلاً در برخی کشورها تأثیر مثبت حضور همراه با رانندگان جوان در کاهش تصادفات مشاهده شده است. افزایش محدودیت سنی برای تمامی دوچرخه‌های پر قدرت در کاهش تعداد حوادث جاده‌ای مؤثر است. قوانین اجباری استفاده از صندلی محافظ کودک، تصویب قانون استفاده اجباری از کلاه‌های ایمنی برای کاربران موتورسیکلت و موتور گازی و اعمال آن به ویژه در همراهی با آموزش همگانی اقدامی مؤثر است.

۹. ایجاد تغییراتی در وسایل نقلیه به ایمنی کودکان در داخل و خارج از وسیله کمک می‌کند. طراحی جدید جلوی خودروها در کاهش آسیب‌های عابران پیاده و بویژه کودکان مؤثر است. کودکان به هنگام حرکت ماشین به سمت عقب در معرض خطر هستند، لذا تقویت دید عقب راننده با نصب دوربین، استفاده از هشداردهنده‌های صوتی و بهبود چراغ‌های عقب می‌توانند به پیشگیری از ایجاد چنین آسیب‌هایی در کودکان بویژه کودکان ۱ تا ۳ سال کمک کنند. بعضی از خودروها سیستم‌های قفل الکل دارند و راننده باید قبل از استارت زدن در درون وسیله‌ای بدمد که در صورت تشخیص الکل، موتور خودرو روشن نمی‌شود.

۱۰. توسعه مراقبت‌های اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی و خدمات توان بخشی مخصوص کودکان در کاهش میزان مرگ و میر و آسیب‌های ناشی از تصادفات مؤثرند، از شیوع ناتوانی بعد از آسیب می‌کاهند و به بهبود زندگی مصدومان کمک می‌کنند. به علاوه پرسنل ارائه دهنده خدمات درمانی اورژانس باید از مهارت کافی برای ارزیابی و کنترل کودکان مصدوم برخوردار باشند.

چه اقداماتی برای پیشگیری از حوادث ترافیکی زیانبار است؟

کیسه‌های هوایی خودروها اگر چه مزایایی برای بزرگترها دارند اما خطرات جدی را متوجه

کودکان می‌سازند. مطالعات نشان داده‌اند احتمال آسیب کودکان زیر ۱۳ سال به خاطر باز شدن کیسه هوا زیاد است. کودکان نباید در صندلی جلوی اتومبیل‌های دارای کیسه هوا بنشینند، مگر این که چاره‌ای نباشد، یا کیسه هوا غیر فعال شده باشد. صندلی کودک رو به عقب هم نباید در جلو کیسه هوا قرار گیرد. کودکان باید در صندلی پشت و بدور از کیسه هوا بنشینند.

ماتریس هادون عوامل خطر آسیب ناشی از تصادفات جاده‌ای در کودکان

فاز	کودک	عوامل خطر	محیط فیزیکی	محیط اجتماعی-اقتصادی
فاز ۱: آسیب‌پذیری	سن، جنس، فقدان نظارت، خطرپذیری، پرخاشگری، نافرمانی، فقدان سیاست و التزام قانونی	فقدان علائم جاده‌ای و سایل نقلیه، چراغ‌های ضعیف، ترمز نامناسب، سرعت و بار زیاد	طراحی ضعیف جاده‌ای، نبود حمل و نقل عمومی، عدم اعمال محدودیت‌های سرعت، نبود موانع ایمنی، نبود قانون ممنوعیت مصرف الکل، زیربنای ضعیف ایمنی عابران	فقر، تک‌والدی، پرجمعیتی خانواده، آموزش خانوادگی ضعیف، عدم آگاهی مراقبان و مربیان از خطرات
فاز ۲: آسیب‌پذیری	رشد فیزیکی و اندازه کودک، نبود تجهیزات حفاظتی، سرنشینان یا کاربرد نادرست تجهیزات، شرایط نهفته در کودکی	کمربندها و صندلی‌های محافظ کودک نامناسب، عدم استفاده از کلاه‌های ایمنی، طراحی نامناسب وسایل نقلیه برای حفاظت در برابر تصادف، نبود محافظ در طول جاده	اشیای در طول جاده از قبیل درختان و گل‌ها	نبود ساختار ایمنی در اتومبیل و جاده
فاز ۳: آسیب‌پذیری	عدم انعطاف‌پذیری کودک، شرایط عمومی کودک، نبود دسترسی به مرکز درمانی، عوارض بعد از آسیب	دسترسی مشکل به قربانی، عدم وجود افراد مجرب ناجی و آرایه‌دهنده کمک‌های اولیه	نبود دسترسی به مراکز مناسب درمانی و توان‌بخشی	نبود فرهنگ حمایت از افراد آسیب‌دیده، نبود کمک‌های اولیه

رفتارهای ایمن هنگام سفر با کودکان در اردوها

پیش از سفر با کودکان، از ایمنی سفر و وسیله نقلیه مطمئن شوید:

۱. ایمنی وسایل نقلیه (اتومبیل، قطار، اتوبوس و...) را بررسی کنید:

۱. مطمئن شوید وسایل گرمازا و تهویه آن درست کار می‌کند و هیچ شکاف یا تریکی در

لوله‌های آن وجود ندارد. در داخل لوله‌های بخاری خودرو گاز مونواکسید کربن وجود دارد که گازی بی‌رنگ و بی‌بو است و باعث سردرد، گیجی، اغما و حتی مرگ می‌شود. اگر بخاری خراب باشد خطر مسمومیت با مونواکسید کربن در فصل زمستان که شیشه‌های اتومبیل بسته است بیشتر است.

۲. برنامه معاینه فنی و کنترل ایمنی وسیله نقلیه را بررسی کنید.

۳. مطمئن شوید وسیله نقلیه مورد استفاده در طول سفر تحت پوشش کامل بیمه سرنشینان است.

۴. جعبه کمک‌های اولیه را همراه داشته باشید.

۵. اشیای تیز و سنگین را از داخل ماشین خارج کنید.

۶. درب‌های اتومبیل را قفل کنید و پتجره‌های آن را محکم ببندید.

۷. همه کودکان زیر ۱۳ سال باید در صندلی عقب اتومبیل در جای مخصوص خود بنشینند و از کمربند ایمنی استفاده کنند.

۸. سیگار نکشید، صدای موسیقی را بلند نکنید و با تلفن همراه صحبت نکنید و از خوردن و آشامیدن حین رانندگی بپرهیزید.

۹. وسیله نقلیه دیگری را برای موارد ضروری در نظر بگیرید.

۲. خصوصیات راننده را بررسی کنید:

۱. گواهی نامه معتبر داشته باشد.

۲. راننده‌ای با تجربه باشد که اصول ایمنی را رعایت کند.

۳. معتاد به مواد مخدر و الکل نباشد و هیچ داروی خواب‌آوری مصرف نکرده باشد.

۴. گوشی همراه برای استفاده در مواقع ضروری داشته باشد.

۵. دفترچه‌ای که محل اردو و نزدیک‌ترین بیمارستان در آن مشخص باشد به راننده بدهید.

۶. دفترچه‌ای حاوی نام و خصوصیات بهداشتی همه کودکانی که سوار وسیله نقلیه می‌شوند به راننده بدهید.

۳. برنامه سفر را بررسی کنید:

۱. فهرست کاملی از اسامی کودکان و شماره تلفن منزل یا شماره تماس فوری با والدین

ان‌ها، اسامی همراهان و راننده وسیله نقلیه تهیه کنید.

۲. کودکان را به گروه‌های کوچک‌تر تقسیم، و برای هر گروه مراقب مشخصی تعیین کنید تا نظارت بر کودکان راحت‌تر باشد و مطمئن شوید که تمام کودکان در همه جا به خوبی نظارت و کنترل می‌شوند.

۳. برای مراقبت از کودکان از افراد ماهر استفاده کنید. مطمئن شوید در هر وسیله نقلیه یکی از مراقبان ماهر در زمینه احیای قلبی ریوی و کمک‌های اولیه حضور دارد.

۴. هنگام بازی، در طول اردو و هنگام بازگشت، کودکان را بشمارید تا مطمئن شوید که کسی جا نمانده است.

۵. در صورت وقوع حادثه مسیر رفت و آمد وسیله نقلیه، اقدامات اورژانس، گزارش صدمات و آسیب‌های احتمالی را همراه با مشخصات کامل مصدومان و زمان و محل وقوع حادثه در دفترچه‌ای یادداشت نمایید.

رفتارهای ایمن هنگامی که کودکان در خودرو هستند

۱. هیچ‌گاه کودک در خودرو تنها نماند، چون ممکن است ناآگاهانه ترمز دستی را خلاص کند، یا از داخل خودرو ربنده شود و یا در آب و هوای گرم دچار گرمازدگی شود. به هیچ وجه حتی در صورت خاموش بودن خودرو به کودک قبل از رسیدن به سن قانونی و گرفتن گواهینامه رانندگی اجازه نشستن پشت فرمان خودرو داده نشود.

۲. کودک در داخل خودرو نباید روی پای کسی بنشیند چون در صورت توقف ناگهانی خودرو، فرد قادر به حفظ کودک نیست و ممکن است از پنجره به بیرون پرتاب شود و یا صورت او به داشبورد برخورد کند و له شود.

۳. هنگام سیر دادن به کودک باید توقف کرد چون در صورت تصادف یا ترمز ناگهانی وزن مادر روی کودک می‌افتد و باعث وارد آمدن آسیب به او می‌شود.

۴. کودکان نباید روی صندلی خودرو و یا داخل خودرو در حال حرکت بایستند، عقب خودرو دراز بکشند و یا دست یا سر خود را از شیشه خودرو بیرون بیاورند.

۵. برای سوار شدن و پیاده شدن از خودرو باید از درهای سمت راست (به سمت پیاده‌رو) استفاده کرد. کودکان هنگام سوار شدن به خودرو باید تحت نظارت والدین و بزرگترها اول سوار خودرو شوند و برای پیاده شدن اول باید بزرگترها پیاده شوند و بعد کودکان



و هنگام بستن درب خودرو باید مواظب بود انگشتان کودکان لای درب نماند.

۶. همه کودکان در دو سال اول زندگی برای مسافرت با خودرو بایستی طوری در صندلی کودک قرار گیرند که روی بچه به سمت عقب باشد، اگر روی بچه به سمت جلوی ماشین باشد هنگام ترمز ناگهانی سر کودک از عقب به پشتی صندلی برخورد می‌کند و چون عضلات سر و گردن کودک به حد کافی قوی نیست، ممکن است گردن او در تصادف آسیب

ببیند. زمانی که کودک دو ساله شد و وزنش به حدود ۱۲-۱۰ کیلوگرم رسید می‌توان وضعیت صندلی را رو به جلو تغییر داد. بچه‌ها باید تا ۵-۴ سالگی و تا وزن حدود ۲۰-۱۸ کیلوگرم از صندلی کودک استفاده کنند. در خودروهای کرایه، قطار و هواپیما نیز کودک باید در صندلی مخصوص بنشیند، اگر چنین امکانی وجود ندارد والدین می‌توانند صندلی کودک را همراه ببرند و آن را در محل مناسب نصب کنند. زمانی که قد کودک به حداقل حدود ۱ متر و وزنش به حدود ۲۰ کیلوگرم رسید، می‌توان او را در یک صندلی حمایتی اصلاح کننده قد کودک (Car Booster Seat) همراه با کمربند گذاشت تا کمربند خودرو جلوی صورت و گردن کودک را نگیرد، اندازه‌اش شود و به طور صحیح قرار گیرد. کمربند ایمنی برای کودکان حدود ۱۰ سال و بالاتر با وزن ۳۰ کیلوگرم و بیشتر و با قد‌های بلندتر از ۱۴۵ سانتی‌متر استفاده می‌شود.

زمانی که کودک توانست در طول سفر در صندلی پشت ماشین بطور مناسب و صحیح بنشیند و پاهایش کاملاً در کف ماشین قرار گیرد، می‌توان به او آموزش داد از کمربند ایمنی خودرو استفاده کند. این کمربندها کودک را از پرت شدن به هنگام تصادف حفظ کرده، نیروهای ناشی از ضربه را در سطح بدن کودک توزیع می‌کند و امکان ایجاد آسیب‌های سنگین را کاهش می‌دهد. کمربند ایمنی باید در محلی باشد که یک قسمت آن از روی شانه و نوار دیگر آن از روی شکم عبور کند. بستن کمربند ایمنی خودرو خطر پرت شدن از وسیله نقلیه و ایجاد آسیب‌های مرگبار یا سنگین کودکان ۱۰ سال و بالاتر



را ۴۰ تا ۶۵ درصد کاهش می‌دهد.

رفتارهای ایمن هنگام دوچرخه سواری

۱. دوچرخه کودک باید کاملاً متناسب اندازه او باشد یعنی ارتفاع زین به قدری باشد که پاهای کودک به راحتی به زمین برسد و طول دوچرخه به اندازه‌ای باشد که دست کودک به راحتی به ترمز برسد.
۲. دوچرخه باید مجهز به آینه، چراغ جلو، چراغ عقب و شب‌نمای پشت چرخ باشد و حتماً زنگ داشته باشد، باد چرخ‌هایش مناسب باشد و ترمزهایش بخوبی کار کنند.
۳. هنگامی کودک مهارت کافی برای دوچرخه‌سواری دارد که بتواند حین دوچرخه‌سواری با دستش علامت راهنما بدهد، برگردد و به پشت سرش نگاه کند، مهارت حرکات دوچرخه را کاملاً در دست داشته باشد و بتواند از بین موانع عبور کند.
۴. کودکان زیر ۹ سال حق دوچرخه‌سواری تنها در خارج از خانه را ندارند.
۵. استفاده از کلاه ایمنی هنگام دوچرخه‌سواری، بازی‌هایی مانند اسکیت و اسکوتر ضروری است. هنگام خرید کلاه ایمنی باید به تناسب سایز آن با سر کودک توجه کرد. کلاه باید اندازه سر کودک باشد و بند آن در زیر چانه ثابت شود. کلاه باید ثابت بوده و هنگام حرکت به جلو و عقب لیز نخورد. کلاه مناسب کلاهی است که دارای علامت استاندارد باشد. به هیچ وجه نباید از کلاه‌های ورزشی دیگر مانند تکواندو و یا هاکی (چوگان) برای دوچرخه سواری استفاده نشود زیرا در زمان افتادن جلوی ضربه سر را نمی‌گیرد. در صورت زمین افتادن یا ایجاد آسیب برای اطمینان از سالم بودن و قابل استفاده بودن توصیه می‌گردد دوچرخه و کلاه به مغازه لوازم دوچرخه‌سواری نشان داده شود.

رفتارهای ایمن در مسیر خانه تا مرکز آموزش کودکان

۱. مواقعی که قرار است کودک مسافت خانه تا مرکز آموزشی را به تنهایی یا با

دوستانش طی کند موارد زیر رعایت شود:

۱. آدرس و شماره تلفن منزل را در کیف به همراه داشته باشد.
۲. در صورت مواجهه با هر گونه مشکلی به پلیس مراجعه کند.
۳. در خیابان با غریبه‌ها حرف نزند و سوار ماشین آن‌ها نشود.
۴. هرگز ناگهان به داخل خیابان ندود و سیطنت نکند.
۵. اگر سن کودک زیر ۱۰ سال است تنها و بدون کمک شخص بزرگتر از عرض خیابان عبور نکند.
۶. چگونگی عبور از خیابان به آن‌ها آموزش داده شود.

۲. رفتارهای ایمن هنگام عبور از خیابان:

۱. کودکان باید بدانند ایمن‌ترین روش‌ها برای عبور از عرض خیابان، عبور از پل‌های زیرگذر، خطوط عابر پیاده، محل چراغ عابر پیاده و پل‌های هوایی و یا عبور از خیابان با کمک پلیس است. اگر هیچ‌یک از این‌ها میسر نباشد، ایمن‌ترین جا مکانی است که از هر دو طرف دید زیادی داشته باشد.
۲. در صورتی که می‌خواهند از محلی رد شوند که چراغ راهنمایی دارد، منتظر بمانند تا چراغ آدمک سبز روشن شود و پس از توقف خودروها باز هم با دقت کامل از عرض خیابان عبور کنند.
۳. کودکان باید بدانند رد شدن از وسط بزرگراه‌ها کار بسیار خطرناکی است و خطرناکتر از آن بالا رفتن از ترده‌های کنار و یا وسط بزرگراه‌ها برای عبور از خیابان است.
۴. باید به کودکان آموخت که همیشه در پیاده‌رو راه بروند و اگر جایی پیاده‌رو ندارد از طرفی حرکت کنند که بتوانند اتومبیل‌ها را ببینند یعنی خلاف جهت اتومبیل‌ها حرکت کنند.
۵. بهترین الگوی کودکان والدین و مراقبان‌شان هستند آن‌ها باید سعی کنند همیشه بطور صحیح و با رعایت قوانین از خیابان عبور کنند.
۶. برای عبور از خیابان ابتدا مکانی خلوت و مناسب برای عبور پیدا کنند.
۷. در پیاده‌رو کنار خیابان یک قدم مانده به جدول خیابان، یا در صورت نبودن پیاده‌رو یک قدم مانده به حاشیه جاده بایستند.
۸. به دقت به دو طرف خیابان نگاه کنند و به صدای وسایط نقلیه گوش کنند.

۹. اگر وسیله نقلیه در حال عبور است صبر کنند تا بگذرد و مجدداً به دو سمت خیابان نگاه کنند.
۱۰. وقتی عبور و مرور اتومبیل‌ها قطع شد و وسیله نقلیه‌ای نبود یا همه ایستاده بودند عرض خیابان را به‌طور مستقیم و به آرامی طی کنند.
۱۱. در حین عبور نیز به اطراف نگاه کنند و به صدای خودروها گوش دهند.
۱۲. ابتدا به سمت چپ خیابان نگاه کنند.
۱۳. وقتی به وسط خیابان رسیدند بایستند و به سمت راست نگاه کنند.
۱۴. اگر خیابان امن بود از عرض آن رد شوند.

۳. نکاتی برای انتخاب سرویس مناسب برای کودک:

۱. برای انتخاب سرویس کودک توجه ویژه‌ای به سلامت جسمی راننده داشته باشید.
۲. مطمئن شوید راننده، مجوزهای لازم را دارد.
۳. حتی‌الامکان راننده‌ای انتخاب کنید که تجربه رانندگی بیشتری دارد، عجول نبوده و توصیه شده باشد.
۴. رانندگانی که شب تا صبح را در شیفت شب کار کرده‌اند و صبح مسوول رساندن کودکان به مدرسه هستند افراد مناسبی برای برعهده گرفتن مسوولیت کودکان به شمار نمی‌روند چرا که خواب آلودگی این رانندگان می‌تواند حادثه ساز شود.
۵. در پایان روز و به‌طور تصادفی از کودک درباره شیوه رانندگی راننده سوال کنید.
۶. یا والدین کودکان درباره وضعیت راننده طرف قرارداد مشورت کنید و مسایل مهم را در میان بگذارید.
۷. سعی نکنید با قرار دادن تعداد بیشتری از کودکان در یک خودروی سواری، جان آن‌ها را به خطر بیندازید.
۸. به ایمنی سرویس مدرسه از نظر فنی توجه کنید.

۴. رفتارهای ایمن هنگام استفاده از سرویس:

۱. به کودکان پیام‌های سوار و پیاده شدن از سرویس مدرسه عجله نکنند.
۲. به نوبت سوار و پیاده شوند و با عجله به داخل یا بیرون سرویس نروند.
۳. موقع پیاده شدن دقت کنند تا خودرو یا موتور سواری را که از کنار سرویس عبور می‌کند

ببینند.

۴. با دیدن سرویس مدرسه ذوق زده نشوند و به طرف آن در وسط خیابان ندوند زیرا در این شرایط کودکان اغلب رفت و آمد وسایط نقلیه در خیابان را از یاد می‌برند و امکان تصادف با اتومبیل افزایش می‌یابد.

۵. تا اتوبوس یا مینی بوس کاملاً متوقف و در آن باز نشده و راننده اجازه ورود نداده است به سمت وسیله نقلیه حرکت نکنند و در پیاده‌رو یا حریم خیابان باقی بمانند. چرا که امکان دارد به تصور این که خودرو کاملاً متوقف شده به سمت دستگیره در بروند و تلاش برای باز کردن آن کنند در حالی که خودرو هنوز در حال حرکت است و آسیب ببینند.

۶. کودکان را تشویق کنید در صورتی که سرویس مدرسه اتوبوس یا مینی بوس است، هنگام سوار شدن یا پیاده شدن میله دم در را در دست بگیرند.

۷. هنگام سوار شدن و بستن در مواظب باشند دست یا کیف یا لباسشان لای در گیر نکند.

۸. وقتی اتومبیل حرکت کرد آرام روی صندلی بنشینند و دست یا سرشان را از پنجره بیرون نکنند.

۹. پس از پیاده شدن از اتومبیل یا اتوبوس کاملاً صبر کنند تا سرویس حرکت کرده و دور شود تا خیابان به خوبی قابل دید باشد.

۱۰. هرگز از پشت یک وسیله نقلیه دارای راننده رد نشوند.

۱۱. به او بیاموزید دویدن دنبال اتوبوس یا مینی بوس مدرسه بسیار خطرناک است.

۱۲. مطمئن شوند هنگام دور یا نزدیک شدن به اتوبوس راننده او را می‌بیند.

۱۳. ناحیه خطر را به او آموزش دهید. این ناحیه منطقه‌ای در فاصله سه متر از هر طرف مینی بوس است که بیشترین خطر تصادف و برخورد مینی بوس یا برخورد با وسیله نقلیه دیگر وجود دارد. هنگام پیاده شدن و عبور از خیابان در کنار مینی بوس یا اتوبوس سرویس راه نروند و حداقل سه تا چهار متر جلوتر قرار بگیرند تا راننده سرویس آن‌ها را ببیند. هرگز از پشت اتوبوس یا مینی بوس سرویس عبور نکنند.

نکات کلیدی پیشگیری از حوادث ترافیکی:

۱. مراحل را بشناسید.

- نوزادان و کودکان نوپا تا ۲ سالگی یا بعد از آن، تا وقتی که با صندلی تناسب داشته باشند

- (تا وزن حدود ۱۰ کیلوگرم)، باید در صندلی مخصوص کودک رو به عقب قرار گیرند.
- وقتی کودکان بزرگتر از ۲ سال شدند، تا زمانی که به حداکثر وزن و قدی که سازنده صندلی تعیین کرده است برسند (تا ۵-۴ سالگی، وزن حدود ۱۸ کیلوگرم و قد حدود ۱ متر)، باید از صندلی‌های کودک رو به جلو استفاده کنند.
- وقتی کودکان بزرگتر شدند تا زمانی که کمربندهای ماشین با بدن آنها تناسب داشته باشد که معمولاً تا قد ۱۴۵ سانتی‌متر می‌باشد، باید از صندلی‌های حمایتی کودک (Car Booster Seat) استفاده کنند.
- همه کودکان زیر ۱۳ سال باید در صندلی عقب وسیله نقلیه بنشینند.

۲. والدین نوجوانان یک نکته را بدانند.

اگر پدر و مادر یک نوجوان هستند که در حال یادگیری رانندگی است، علائم را به او بیاموزند و خطرات رانندگی یا سرنشینان نوجوان و رانندگی در شب را به او گوشزد کنند.

۳. کلاه ایمنی می‌تواند کمک کند.

هر وقت کودکان از دوچرخه، اسکیت برد، اسکیت استفاده می‌کنند باید کلاه ایمنی مناسب بپوشند.





غرق شدگی

غرق شدگی

غرق شدگی در اکثر کشورهای جهان جزو سه علت اصلی سوانح منجر به مرگ کودکان زیر ۵ سال است. آب برای اکثر کودکان تداعی کننده تفریح، بازی و ماجراجویی است، که می‌تواند خطرناک باشد. کودکان هنگام زمین خوردن اول به جلو متمایل شده و سپس وقتی تعادل خود را از دست می‌دهند، با سر به زمین می‌خورند. عضلات آن‌ها در بخش بالای بدنشان کاملاً تکامل پیدا نکرده است تا بتوانند بدن خود را هنگام افتادن در آب به عقب بکشند. یک کودک خردسال می‌تواند در شالیزار یا حتی آب کم عمق تشت حمام هم غرق شود. یکی از موارد مهم در امر مراقبت و نگهداری از کودک، ایمنی آب است.

تعریف غرق شدگی

غرق شدگی عبارت است از اختلال و آسیب تنفسی به دنبال فرو رفتن در آب یا هر مایع دیگر، به عبارتی پر شدن یک حجم مایع در راه‌های هوایی کودک و ایجاد مشکلات تنفسی که می‌تواند منجر به مرگ، معلولیت، بیماری و یا نجات او شود را غرق شدگی گویند.

اپیدمیولوژی غرق شدگی

غرق شدگی سیزدهمین علت مرگ کودکان زیر ۱۵ سال دنیا است. بیش از ۲۸٪ آسیب‌های غیر عمدی منجر به مرگ در کودکان به حوادث غرق شدگی مربوط می‌شود. ۱/۱٪ موارد ناتوانی و معلولیت در کودکان زیر ۱۵ سال در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط همان افراد نجات یافته از حادثه غرق شدگی هستند. میزان مرگ و میر ناشی از غرق شدگی در

کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط ۷/۸ نفر و در کشورهای پر درآمد ۱/۲ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است. به عبارتی در کشورهای کم درآمد ۶ برابر کشورهای پر درآمد است. در کل نرخ جهانی غرق شدگی‌های منجر به مرگ در کودکان ۷/۲ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت گزارش شده است. در کشور ما بر اساس آمار نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه از سال ۱۳۸۹-۱۳۸۶ بطور متوسط ۱۰,۶٪ از موارد فوت ناشی از سوانح و حوادث غیرعمدی در کودکان به دلیل غرق شدگی بوده است.

ارتباط غرق شدگی با سن

مردم در هر سنی غرق می‌شوند ولی دو گروه سنی است که افراد بیشتر از معمول غرق می‌شوند. اولین گروه سنی کودکان نوپا هستند. آن‌ها می‌توانند در کمتر از ۳ سانتی‌متر آب غرق شوند و گروه سنی دوم نوجوانان هستند. بیشترین میزان مرگ و میر ناشی از حوادث غرق شدگی در گروه سنی زیر ۲۰ سال و بیشتر در کودکان ۴-۰ سال است. غرق شدن مسؤول ۹۰٪ آسیب‌های منجر به مرگ در کودکان ۴-۱ سال و مسؤول ۵۰٪ آسیب‌های منجر به مرگ در کودکان ۹-۵ سال است.

ارتباط غرق شدگی با جنس

پسرها تمایل بیشتری به پذیرفتن خطر دارند و در کل مناطق دنیا بیشتر در معرض خطر غرق شدگی و مرگ هستند.

آیا تمام حوادث غرق شدگی منجر به مرگ می‌شود؟

تخمین زده می‌شود به ازای هر مورد مرگ ناشی از غرق شدگی ۴-۱ مورد نیز نجات یافته و به عوارض مختلف دچار می‌شوند.

نجات یافتگان از غرق شدگی ممکن است دچار چه عوارضی شوند؟

بررسی‌ها نشان داده است غرق شدگی بعد از سوانح و حوادث ترافیکی دومین عامل محدود کننده سال‌های مفید زندگی است. نجات‌یافتگان ممکن است دچار عوارض شدید و دائمی تنفسی، عصبی و روانی شوند. تعدادی از آن‌ها ممکن است دچار عوارض شدید عصبی و شاید ادامه

زندگی در وضعیت نیاتی شوند. همچنین پس از نجات از غرق شدگی، این واقعه ممکن است آثار زیادی بر خانواده و روان خواهر و برادر سانحه دیدگان داشته باشد.

بار اقتصادی سوانح غرق شدگی چقدر است؟

متوسط هزینه‌های بستری شدن به علت غرق شدگی ۱۴-۱۳ هزار دلار به ازای هر مورد سانحه و ارجاع بیمارستانی محاسبه شده است.

محل‌های شایع غرق شدن کودکان:

در کشورهای مختلف و در خانواده‌های با وضعیت اجتماعی اقتصادی متفاوت، شایع‌ترین محل‌های غرق شدگی متغیر است. در کشورهای ثروتمندتر استخرهای شنا و دریا بیشترین محل غرق شدن هستند، در حالی که در کشورهای کم درآمد و فقیر اکثر حوادث در مناطق روستایی، رودخانه‌ها، دریاچه‌ها و سدها اتفاق می‌افتد. در برخی کشورها کودکان در حوض باغ‌ها و تفریحگاه‌ها و یا آب‌نماها و استخرهای تزیینی جان خود را از دست می‌دهند. بیشتر نوزادان در وان حمام غرق می‌شوند. کودکان زیر یکسال بیشتر در وان حمام و جکوزی، کاسه توالت فرنگی، سطل‌ها و سایر ظروف در معرض خطر غرق شدن قرار می‌گیرند. کودکان ۴-۱ سال در استخرهای شنا و کودکان بزرگ‌تر از ۵ سال اغلب در استخرها، رودخانه‌ها و دریاچه‌ها غرق می‌شوند. بیشتر کودکانی که در استخر خانه غرق شده‌اند فقط حدود پنج دقیقه دور از چشم والدین و اعضای خانواده بوده‌اند.

عوامل خطر ساز غرق شدگی کدامند؟

۱. مردم کشورهای پر جمعیت که به مقادیر زیادی از آب‌های آزاد دسترسی دارند بیشتر در معرض غرق شدن قرار دارند. کودکان روستایی بیشتر از کودکان شهری در معرض خطر غرق شدگی هستند. این حادثه بیشتر در مناطق صید ماهی یا آب‌های زیرزمینی و قنات‌های غیر استاندارد و بدون تجهیزات اتفاق می‌افتد. بیشتر کودکان در آب اطراف خانه‌هایشان غرق می‌شوند و هر چه سن کودکان پایین‌تر باشد احتمال بروز خطر در حوالی خانه بالاتر است. وان حمام، جکوزی، استخرهای خصوصی منازل و عدم حصاربندی صحیح و ایمن آن‌ها، چاه‌های عمیق و نیمه عمیق، گودال‌ها، برکه‌ها، منابع

آبی، مزارع، کشتزارها، آب‌بندهای مزرعه یا کانال‌های آبیاری نزدیک خانه احتمال بروز خطر غرق‌شدگی کودکان را افزایش می‌دهد. سیلاب‌های عظیم و موج‌های اقیانوسی در سراسر دنیا بخش عمده‌ای از تلفات غرق‌شدن را به خود اختصاص می‌دهند. نبود فرصت‌های تحصیلی توأم با فقر، کودکان را بیشتر در معرض غرق‌شدگی قرار می‌دهد. احتمال غرق‌شدگی کودکان با افزایش سن مادرانشان بالا می‌رود.

۲. روزهای تعطیل و مسافرت‌های داخلی و برون مرزی و تفریح در محیط‌های آبی بیگانه و شرایط جدید، آمار غرق‌شدگی کودکان را افزایش می‌دهد. غرق‌شدن یکی از معمول‌ترین علل مرگ در تعطیلات است.

۳. کودکان زیر ۱ سال به تنهایی قادر به دسترسی به آب‌ها نیستند. اکثراً غفلت از این کودکان از جانب والدین، پرستاران یا خواهر و برادر بزرگ‌تر موجب فراهم شدن خطر می‌شود. در کودکان بزرگ‌تر، اغلب موارد غرق‌شدگی به دنبال تحرک به دور از چشم مراقبین و والدین و نزدیکی آن‌ها در منابع طبیعی یا مصنوعی آب اتفاق می‌افتد. حتی اغلب والدین از سقوط کودکان در آب بی‌خبر می‌مانند.

۴. در بسیاری از کشورها در میان نوجوانان بزرگ‌تر، الکل اغلب در بروز غرق‌شدگی نقش دارد. مصرف الکل به هنگام شنا یا قایق‌سواری تعادل و قدرت تشخیص را کم می‌کند. همچنین اثربخشی الکل در برابر حرارت مستقیم خورشید افزایش می‌یابد. نوشیدن الکل و شنا کردن به همان اندازه نوشیدن الکل و رانندگی خطرناک است.

۵. صرع به عنوان یک عامل فزاینده خطر مرگ و میر غرق‌شدگی در تمامی محیط‌های آبی از جمله حمام، استخرهای شنا، حوض و منابع طبیعی آب است. اوتیسم، آریتمی‌های قلبی و... نیز از دیگر عوامل افزایش خطر غرق‌شدگی هستند.

۶. نبود وسایل یا عدم دسترسی به امکانات ایمنی و بهداشتی، تجهیزات شنای کافی و مناسب مانند جلیقه نجات استاندارد، کمربندها و بازوبندها در محل‌های مجاز برای شنا کردن (استخرها و سواحل حفاظت‌شده) و همچنین در کلیه شناورها اعم از کشتی‌های مسافربری و باربری از عوامل خطرزا است. استفاده از لنج‌ها و قایق‌های نامطمئن یا سنگین‌تر از حد مجاز و یا اسباب‌بازی‌های بادی، قایق‌ها و تشک‌های بادی، خطرناک است. کودکان ممکن است با کمک این وسایل به وسط دریا کشیده شوند و یا از داخل اسباب‌بازی‌های بادی (مثل لاستیک‌های شنا یا قایق‌های بادی) درون آب بیفتند و یا باد

آن‌ها سریع خالی شود و کودک به عمق آب فرو رود.

برای پیشگیری از غرق شدگی چه باید کرد؟

والدین و مراقبین باید نسبت به خطرات احتمالی غفلت از کودکان و رها کردن آن‌ها به تنهایی یا با هم سن و سالان خود برای بازی در آب یا ساحل و حوض و... آگاه باشند. نظارت بزرگسالان بهترین راه برای پیشگیری از غرق شدن کودکان است. هرگز کودک در کنار آب (استخرهای خانگی، وان حمام، دوش آب، استخرهای بزرگ و حتی سطل آب) حتی برای مدت کوتاهی تنها رها نشود.

۱. آب سطل‌ها، بشکه‌ها، وان حمام و دستشویی در مواقع بی‌استفاده خالی شود، درب توالت فرنگی هنگامی که از آن استفاده نمی‌شود بسته باشد، گودال‌ها و چاه‌های ساختمان‌های نیمه‌کاره یا پروژه‌های عمرانی پر شوند و یا زه‌کشی شوند، ظروف کوچک مانند تشت‌ها و وان‌های شستشو در معرض باد و باران رها نشوند تا از پر شدن آب باران در این ظروف جلوگیری شود.

۲. پل‌های ایمن ساخته شود و سیستم‌های لوله‌کشی و آبیاری استاندارد نصب شود.

۳. مراکز تفریحی ایمن برای تنای کودکان تأسیس شوند و استخرهای مهندسی شده و ایمن با اعماق مشخص و بدون وجود ناهمواری در کف ساخته شوند. کودکان نباید در آب‌های نا آشنا شیرجه بزنند چون ممکن است به گردن‌شان آسیب برسد و باید با یا و به آرامی وارد آب شوند. یک حصار کامل چهارطرفه دور تادور استخر نصب شود و در ورودی آن قفل شود.

۴. پوشاندن دهته چشمه‌ها، مخازن و بشکه‌ها با درپوش‌های مطمئن یا استفاده از سیم خاردار یا دیوار آجری در نزدیک برکه‌ها، استخرها و سواحل خطرناک و نیز ساخت سیل بتنی و... در پیشگیری از غرق شدگی مؤثرند.

۵. کودکان حتی اگر شنا کردن می‌دانند در داخل و یا اطراف آب‌های طبیعی مانند دریاچه یا اقیانوس جلیقه نجات بپوشند.

۶. همگان باید چگونگی انجام احیای پایه قلبی ریوی را بخوبی بیاموزند.

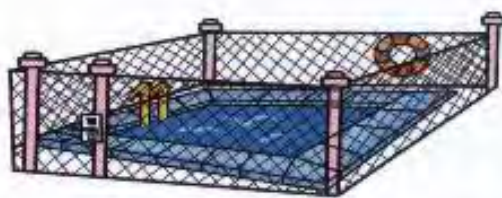
چه اقداماتی برای پیشگیری از غرق شدگی زیان‌بار است؟

۱. استفاده از صندلی حمام کودک موجب اطمینان و آسودگی کاذب والدین نسبت به حفاظت کامل کودک به واسطه این وسیله و در نتیجه غفلت از کودکان در این صندلی‌ها می‌شود و ممکن است حادثه ساز باشد.
۲. به کارگیری پوشش‌های پلاستیکی روی آب استخر ممکن است باعث غفلت از کودک شود.

رفتارهای ایمن هنگام حمام کردن کودک

۱. هرگز نباید کودک در کنار آب، وان حمام و دوش آب حتی برای مدت کوتاهی تنها رها شود.
۲. هنگام استحمام کودک تمام قفل‌ها از در حمام برداشته شود و یا کلید یدکی همواره در اختیار باشد تا چنانچه کودک خود را در حمام حبس کرد بتوان او را نجات داد.
۳. یکی از اشتباهات شایع ترک کودک در حمام برای پاسخ دادن به زنگ در یا تلفن است که در این صورت باید کودک را هم با خود به همراه برد یا تلفن را خاموش کرد تا والدین و مراقبان برای جواب دادن به تلفن مجبور نباشند کودک را تنها بگذارند.

رفتارهای ایمن برای استفاده از استخر



۱. حصارکشی کامل چهار ضلع استخرهای شنا یا حصار کامل محیط استخر توأم با قفل در ورودی استخر از غرق شدگی کودکان پیشگیری می‌کند. در ورودی استخر باید همیشه قفل باشد و قفل آن حداقل ۵۵ سانتی‌متر بالاتر از سطح زمین قرار داشته باشد و خود بخود بسته شود. کلید این قفل در جایی امن و دور از دسترس کودکان نگهداری شود.
۲. برای جلوگیری از بالا رفتن کودکان از نرده‌های کنار استخر، صندلی‌ها، میزها و وسایل بالا رفتنی دور از نرده‌ها قرار گیرند.
۳. پوشش استخر در جایی که کودکان به آن دسترسی دارند، قابل اعتماد نیست. پوشش استخر نباید جایگزین نرده‌های کناری آن شود.

۴. استخرهای متحرک هرگز توصیه نمی‌شود ولی در صورت استفاده باید با آب پر و به سرعت استفاده شود و خیلی سریع خالی و در محل اصلی خود قرار گیرد.

۵. استفاده از زنگ اخبار و وسایلی که می‌توانند به نوعی از افتادن کودک در آب خبر دهند کمک کننده است.

۶. درجه حرارت استخرهای با لوله‌های آب گرم و جکوزی برای کودکان بسیار زیاد است. همچنین به دلیل حباب‌های بی‌شمار موجود در استخرهای جکوزی در صورتی که کودک به داخل استخر بیفتد نمی‌توان او را دید.

۷. هرگز نباید کودک در کنار استخر حتی برای مدت کوتاهی تنها رها شود.

۸. آب استخر همیشه تمیز و پاکیزه باشد و در صورتی که کودک غم شد اول داخل استخر را بگردند.

۹. آموزش شنا و افزایش قدرت و توانایی افراد در شنا کردن می‌تواند به عنوان عامل حفاظتی حتی در کودکان خردسال مطرح شود، البته این کودکان در معرض خطر بیشتری هستند، چون اعتماد به نفس آن‌ها بیشتر است و ممکن است در برخورد با آب و شنا بی‌محابا و بی‌احتیاط باشند و یا والدین نظارت کافی بر این کودکان نداشته باشند. بیشتر متخصصان اطفال، آموزش شنا را پیش از ۳ سالگی توصیه نمی‌کنند، از آن‌جا که این کودکان نمی‌توانند بین تنفس و بلع خود هماهنگی ایجاد کنند اگر به زیر آب فرو روند، مقداری از آب استخر را می‌بلعند، حتی بلع مقدار کمی آب برای این گروه سنی خطرناک است و علائم مسمومیت یا آب را ایجاد می‌کند. آموزش شنا به کودکان باید شبیه بازی باشد، آموزش شنا دلیل خوبی برای بی‌توجهی به کودک نیست.

رفتارهای ایمن در ساحل دریا

۱. در ساحل دریا ممکن است جریان آب کودک را غفلتاً به زیر آب بکشد و به دلیل خطر امواج بزرگ باید کاملاً مراقب کودکان بود. افرادی که در آب و یا نزدیک آب از کودکان مراقبت می‌کنند باید از فعالیت‌هایی که تمرکز را از بین می‌برد مانند مطالعه کتاب، مکالمات تلفنی، استفاده از الکل یا دارو اجتناب کنند.

۲. همیشه با نظارت بزرگترها اجازه بازی در کنار آب به کودک داده شود.

۳. بررسی شرایط آب و هوایی، محدودیت شنا در اوضاع خاص آب و هوایی و حضور نجات

- غریق می‌تواند در تأمین ایمنی دریا نقش داشته باشد.
۴. پیش از استفاده از ساحل، ناهیان غریق مستقر در محل می‌توانند اطلاعات مفیدی درباره‌ی فشار بستر دریا، وضعیت شن‌های ساحل و یا هر مسأله دیگری در ساحل، ارائه نمایند و اگر بگویند وقت مناسبی برای شنا کردن نیست نباید وارد دریا شد.
۵. کودکان حتی اگر شنا کردن می‌دانند در داخل و اطراف آب‌های طبیعی باید جلیقه نجات بپوشند. به هنگام شنای کودک پوشیدن جلیقه نجات و حضور یک فرد بزرگسال در کنار او ضروری است.
۶. هنگام شنای کودکان وسایل ایمنی و نجات همچون طناب و تیوپ همواره در دسترس و آماده باشد.
۷. تدارک وسایل ایمنی برای تمام سرنشینان شناورهایی مانند قایق‌های صید، قایق‌های تفریحی و کشتی‌ها در صورت بروز حادثه احتمالی در نجات بموقع زندگی کودکان بسیار پر اهمیت است.
۸. هنگام قایق‌سواری هر کس باید جلیقه نجات بپوشد تا در صورت خطر حتی اگر شخص هوشیار نباشد، سر فرد بالای آب قرار گیرد.
۹. حضور یک فرد مسؤول و توانمند در محل کمک کننده است.



ماتریس هادون عوامل خطر آسیب ناشی از غرق شدن در کودکان

فاز	کودک	عوامل خطر	محیط فیزیکی	محیط اجتماعی- اقتصادی
قبل از حادثه	در نظر گرفتن شرایط رشد، جنس، آسیب پذیری، شرایط و زیر ساخت های پزشکی و سلامت مثل وجود بیماری، صرع، نبود نظارت کافی، نبود آگاهی از خطرات تهدید کننده آب و محیط های آبی، نیاز به دسترسی به آب جهت استفاده در مصارف آشامیدنی و شستشو، صیادی، حمل و نقل دریایی، تفریح و تفریح، مصرف الکل توسط شناگران نوجوان یا مراقبان و امدادگران	خطرات و ناامنی های محیط های آبی، شناورهای غیر ایمن، شناورهای با اضافه بار	نبود حصاربندی مناسب، محیط های بیگانه و ناآشنا، ناهمبوری و ناپایداری شرایط آب و هوایی، سطوح شیب دار داخل آب، سیل ها، جریان های قوی داخل آب، ساختارهای نامناسب فیزیکی نظیر پل های ایمن، نبود لوازم ایمنی برای مسافرت ها و تفریح های آبی و دریایی	نبود نظارت کافی، انکای کودکان به هم سن و سالان خود، فقر، خانواده های پر جمعیت، بیکاری و بی سوادی والدین، قصور کارشناسان برای آگاه سازی از خطرات و هشدار، نبود قوانین و التزامات عملی برای کاربرد حصاربندی، نبود دستورالعمل های ایمنی و برنامه های هشدار دهنده جامع
در حین حادثه	عدم استفاده از لوازم ایمنی شنا، توانایی و نا شنایی یا شنا یا حفاظت ایمنی جانی در محیط های آبی، اعتماد به نفس کاذب در مورد توانایی در شنا، عدم توانایی تشخیص شرایط، واکنش های تعجیلی هنگام ترس، تنهایی شنا کردن، عدم آگاهی از راهنمایی های فوری حادثه (مثل تکان دادن دست)	آب های عمیق، جریانات قوی رودخانه ای، جریانات اقیانوسی، برودت شدید دما، موج های بلند، نبود وسایل شخصی شنا یا وسایل نجات در قایق و عدم حضور ناجی غریق	تغییرات عمیق آب، وضعیت ناپایدار، نبود مکانیسم های فرار مثل تردبان، طناب و وسایل شنا، وجود موانع فیزیکی در آب	دسترسی ضعیف به اطلاعات و منابع جهت کاهش خطر، ناکافی بودن زیرساخت های ارتباطی جهت درخواست همکاری از نیروهای امدادی و خدمات پزشکی
بعد از حادثه	تاخیر در نجات کودک، عدم دسترسی به جعبه کمک های اولیه، عدم آگاهی درباره کارها و عکس العمل های فوری، نبود مکانیسم های هشدار دهنده مثل تلفن یا چراغ دریایی	کشیده شدن قربانی به سمت اعماق و دور شدن از ساحل توسط امواج برگشتی	زمان لازم جهت اعزام نیروهای امدادی و اورژانس، بی کفایتی خدمات و مهارت های نجات و درمان، عدم وجود تفریح مناسب جهت حضور به موقع نیروهای امدادی	ناکافی بودن خدمات امدادی، عدم دسترسی به خدمات اورژانس و بیمارستانی و مراکز توانبخشی، عدم حمایت اجتماعی کافی از حادثه دیدگان و نجات یافتگان و همچنین خانواده قربانیان

برای پیشگیری از غرق شدگی در مراکز مراقبت از کودک چه باید کرد؟

۱. فهرستی از مکان های پر آب یا آب غیر موجود در اطراف مرکز مراقبت از کودک که ممکن است خطر غرق شدگی کودکان را افزایش دهند تهیه و هر جایی که ممکن است احتمال غرق شدن کودک مطرح باشد، شناسایی و اصلاح شود.

۲. وضعیت پزشکی کودکان مشخص باشد. کودکان مبتلا به صرع بیشتر در معرض خطر غرق شدن قرار دارند.
۳. خطرات ناشی از افتادن کودکان در آب با کاهش دسترسی کودک به آب محدود شود.
۴. تا جایی که ممکن است محیط نگهداری کودک دور از آب باشد.
۵. هرگز کودکان، تنها رها نشوند، حتی برای یک لحظه، به ویژه در جایی که تجمع آب وجود دارد. به گونه‌ای برنامه‌ریزی شود، که کودک هنگام رفت و آمد به مرکز مراقبت خسته نبوده و کاملاً هوشیار باشد.
۶. برای محافظت بیشتر نکات ایمنی شنا و بازی در آب به کودکان آموزش داده شود.
۷. حصارکشی کامل چهار ضلع استخرهای شنا یا حصار کامل محیط استخر توأم با قفل برای درهای ورودی محوطه استخر از غرق شدگی کودکان پیشگیری می‌کند. برای جلوگیری از بالا رفتن کودکان از نرده‌های کنار استخر، صندلی‌ها، میزها و وسایل بالا رفتنی دور از نرده‌ها قرار گیرند. استخرهای متحرک هرگز توصیه نمی‌شود، در صورت استفاده باید با آب پر و به سرعت استفاده شود و خیلی سریع خالی و در محل اصلی خود قرار گیرند.
۸. ایمنی هنگام آب بازی به کودکان آموزش داده شود، در اطراف استخر بازی نکنند، راه نروند و یکدیگر را هل ندهند، وقتی چیزی در دهانشان است شنا نکنند، در آب سرد شنا نکنند چون خطر غرق شدگی را افزایش می‌دهد، بدون نظارت بزرگ‌ترها کنار استخر نروند، هنگامی که کودکی در معرض خطر است به بزرگ‌ترها اطلاع دهند.
۹. همیشه شماره تلفن‌های ضروری برای درخواست کمک در دسترس باشد.
۱۰. هرگز کودکان حتی برای چند لحظه تلفن کردن تنها رها نشوند.
۱۱. کودکان در تمام مدت شنا باید زیر نظر بزرگترها باشند. هنگام شنا، آب بازی یا انجام هر فعالیت دیگری که بازی و تماس با آب بخشی از آن است، باید حداقل برای هر نوزاد ۱ مراقب، برای هر ۲ نو پا ۱ مراقب، برای هر ۴ کودک پیش دبستانی ۱ مراقب و برای هر ۶ کودک دبستانی ۱ مراقب در نظر گرفت.

در صورتی که کودکی غرق شد چه باید کرد؟

۱. عواملی چون طول مدت قرارگیری در زیر آب، دمای آب، سرعت عمل و کیفیت ارائه

عملیات احیا، تعیین کننده عاقبت غرق شدگی می‌باشند. مواردی از بقای شیرخواران با وضعیت عصبی سالم، حتی پس از غوطه‌ور شدن طولانی مدت در آب‌های سرد دیده شده است.

۲. حیاتی‌ترین زمان برای نجات فرد غرق شده چند دقیقه اول پیش از رسیدن نیروهای امداد است. پس همگان باید با اصول نجات غریق و احیای قلبی-ریوی آشنا شوند. با شرکت در کلاس‌های آموزشی کمک‌های اولیه و عملیات احیا، آمادگی، خدمت‌رسانی به افراد جامعه‌تان را کسب کنید. طبیعتاً سرعت عمل، حفظ خونسردی و دستپاچه نشدن خیلی مهم است. خونسردی باعث می‌شود کودک نیز آرامش خود را باز یابد.

۳. احیا را با خارج سازی ایمن و هرچه سریعتر کودک از آب شروع کنید. اگر آموزش ویژه دیده‌اید، تنفس را از درون آب، شروع کنید. این کار نباید موجب تأخیر در خارج سازی کودک از آب شود. از دادن ماساژ قلبی در آب خودداری کنید. کودک را به پشت، طوری که سر او از سینه‌اش پایین‌تر باشد بخوابانید. همه لباس‌های خیس را از تن کودک در آورید و با پارچه یا حوله او را خشک و گرم کنید.

۴. پس از خارج کردن کودک از آب، تنفس او بررسی شود و دهان و بینی او از ماده خارجی مثل گل یا استفراغ پاک شود.

۵. فرد دیگری به اورژانس ۱۱۵ اطلاع دهد.

۶. احیای قلبی-ریوی و کمک‌های اولیه تا زمان رسیدن کمک شروع شود.

۷. اگر کودک نفس ندارد، فوراً تنفس دهان به دهان و عملیات احیا آغاز شود و این کار ادامه یابد، حتی تا یک ساعت پس از قطع تنفس امکان بازگشت آن وجود دارد.

۸. سر با یک دست به عقب خم شود و با دست دیگر فک

به سمت بالا کشیده شود تا دهان باز شود و زبان نتواند

ته حلق را ببندد. (قبل از این کار اطمینان حاصل شود

به سر و گردن کودک صربه وارد نشده است).

۹. سوراخ‌های بینی کودک با فشار انگشتان بسته شود

و سپس دهان کاملاً روی دهان کودک قرار گیرد و

به آرامی در دهان او دمیده شود و به بالا آمدن قفسه

سینه کودک توجه شود.



۱۰. دهان از دهان کودک برداشته شود تا هوای دمیده شده خارج شود. ۵ بار در دقیقه این کار تکرار شود تا نفس کودک برگردد.

۱۱. سپس به آرامی کودک در وضعیت بهبود قرار گیرد. (وضعیت خوابیده به پهلو به نحوی که دست زیری در پشت و دست بالایی به صورت خمیده در جلوی مصدوم قرار گیرد. پای بالایی به حالت خمیده ۹۰ درجه قرار گیرد و صورت مصدوم به سمت زمین و گردن او به سمت عقب باشد. در این حالت زبان به جلو می‌آید و کودک می‌تواند نفس بکشد).

۱۲. اگر پس از چند بار تنفس دهان به دهان کودک هنوز بهبود یا رنگ پریده است امکان دارد دچار ایست قلبی نیز باشد.

۱۳. در صورت ایست قلبی ماساژ قلبی داده شود. برای دادن ماساژ قلبی کودک طاقباز روی زمین خوابانده شود، کنار او زانو بزنید. نیمه پایینی جناغ سینه را به آرامی فشار دهید و این کار را با سرعت ۱۰۰ بار در دقیقه انجام دهید. ماساژ برای نوزادان باید با فشار کمتر و تواتر سریع‌تر باشد.

۱۴. ماساژ قلبی به تنهایی باعث تنفس کودک نمی‌شود پس در احیا قلبی ریوی دو نفره هر ۱۵ ماساژ با ۲ تنفس دهان به دهان و در احیا قلبی ریوی یک نفره این نسبت ۳۰ به ۲ باشد.

۱۵. تنفس دهان به دهان حتی پس از بازگشت ضربان قلب باید تا زمان شروع مجدد تنفس خود بخود کودک ادامه یابد.

۱۶. پس از بازگشت ضربان قلب و تنفس، اگر کودک بیهوش است در موقعیت بهبود (در ادامه آمده است) قرار گیرد. کودک بیهوش نباید طاقباز خوابانده شود چون مواد استفراغ شده یا زبان کودک راه تنفس او را مسدود خواهد کرد.

۱۷. وجود خونی‌ریزی در کودک بررسی شود، در صورت وجود خونی‌ریزی شدید با فشار یک دستمال تمیز یا حتی با فشار دست بر روی محل خونی‌ریزی سعی شود تا خونی‌ریزی بند بیاید.

۱۸. حتی اگر به نظر می‌رسد کودک بهبود یافته است به بیمارستان رسانده شود زیرا ممکن است آب درون شش‌هایش رفته باشد و باعث آسیب دیدگی آن‌ها شود.

نحوه قرار دادن در وضعیت بهبود

(۱) در کنار کودک زانو بزنید، هر شیء حجیمی را از جیب‌ها خارج کنید، از اشیای کوچک صرف نظر کنید.



(۲) مطمئن شوید که هر دو پای کودک به حالت مستقیم قرار گرفته باشند. اندام بالایی کودک را که نزدیک‌تر به شما است، با زاویه عمود نسبت به تنه قرار دهید به طوری که از ناحیه آرنج خم شده باشد و کف دست رو به بالا باشد.



(۳) اندام بالایی دیگر کودک را که دورتر نسبت به شما قرار گرفته، از روی قفسه سینه او عبور داده، پشت دست وی را در مقابل گونه‌ای که به شما نزدیکتر است نگه دارید. با دست دیگر خود، اندام پایینی دورتر کودک را در محلی بالاتر از زانو گرفته، طوری بالا بکشید که کف پا روی زمین به حالت مسطح قرار بگیرد.



(۴) ضمن فشردن دست کودک به روی گونه‌اش، اندام پایینی دورتر را کشیده، وی را به سمت خود بچرخانید تا کودک روی یک پهلوی خود قرار بگیرد.



(۵) وضعیت ران را طوری تنظیم کنید که هر دو مفصل زانو و لگن خاصره با زاویه عمود خم

شوند. سر کودک را به عقب خم کنید تا راه تنفسی باز بماند. در صورت لزوم، موقعیت دست را در زیر چانه تنظیم کنید تا مطمئن شوید که سر به حالت خم شده و راه تنفسی به حالت باز باقی می‌ماند.

۶) اگر هنوز آمبولانس درخواست نکرده‌اید، با مرکز اورژانس تماس بگیرید. علایم حیاتی (سطح پاسخ‌دهی، نبض و تنفس) را کنترل و ثبت کنید.

۷) اگر لازم است که کودک بیش از ۳۰ دقیقه در وضعیت بهبود باقی بماند، وی را به پشت چرخانده، سپس به سمت دیگر بچرخانید (مگر آنکه آسیب‌های وارده اجازه چنین کاری را ندهند).

احتیاط: اگر کودک را در حالتی پیدا کردید که روی شکم یا یک طرف خود افتاده بود، لازم نیست برای قرار دادن وی در وضعیت بهبود، تمام این مراحل را طی کنید.

توجه: اگر به آسیب ستون فقرات مشکوک هستید و نمی‌توانید بدون تغییر وضعیت کودک یا با استفاده از روش «بالا راندن فک»، راه تنفسی را باز نگه دارید و مجبورید برای باز نگه داشتن راه تنفسی، کودک را در وضعیت بهبود قرار دهید، سعی کنید با پیروی از راهنمایی‌های زیر، ستون فقرات را به حالت مستقیم نگه دارید:

اگر تنها هستید، از روش ارایه شده در این صفحه استفاده کنید.

اگر ۲ نفر هستید، یکی از شما باید در زمانی که دیگری کودک را می‌چرخاند، سر را به حالت ثابت نگه دارد.

اگر ۳ نفر هستید، یک نفر در زمانی که دیگری کودک را می‌چرخاند، سر را ثابت نگه می‌دارد. نفر سوم باید پشت کودک را طی این اقدام، به حالت مستقیم نگه دارد.

اگر جمعاً ۴ نفر یا بیشتر هستید، از روش «چرخاندن مثل الوار» استفاده کنید.

نکات کلیدی پیشگیری از غرق شدگی:

۱. مهارت‌های نجات زندگی را بیاموزید: هر فردی باید اصول پایه شنا کردن (شناور شدن روی آب، حرکت در طول آب) و احیا قلبی ریوی (CPR) را بداند.

۲. استخر را کامل حصاربندی کنید: یک حصار کامل چهار طرفه دور تا دور استخر

نصب کنید، بطوری که کودکان نتوانند قفل آن را باز کنند، این امر می‌تواند کودکان را

از منطقه شتا دور کند. این حصارها باید منطقه بازی کودک و خانه را کاملاً از استخر جدا کند.

۳. استفاده از جلیقه نجات را اجباری کنید: مطمئن شوید کودکان حتی اگر شنا کردن می‌دانند، در داخل و یا اطراف آب‌های طبیعی مانند دریاچه یا اقیانوس، جلیقه نجات می‌پوشند. کودکانی که شناگرهای ضعیفی هستند، همچنین باید در داخل و اطراف استخر جلیقه نجات بپوشند.

۴. نظارت کامل داشته باشید: وقتی کودکان در داخل یا اطراف آب هستند (مانند وان حمام) در تمام مدت کاملاً مراقب آنها باشید. افرادی که در آب و یا نزدیک آب از کودکان مواظبت می‌کنند باید از فعالیت‌هایی که تمرکز را از بین می‌برند مانند مطالعه کتاب، بازی، مکالمات تلفنی، استفاده از الکل یا دارو اجتناب کنند.

سوختگی



سوختگی

هر سال تعداد زیادی از کودکان از جراحات و صدمات ناشی از سوختگی رنج می‌برند. کودکان به دلیل کنجکاوی، ناتوانی، عدم اطلاع از خطرات، ندانستن معنی آتش، بازی با آتش یا لمس اشیای داغ دچار سوختگی می‌شوند. بیشتر سوختگی‌های دوران کودکی مرتبط با محیط بوده و قابل پیشگیری هستند. اهمال در مراقبت از کودکان و بی‌دقتی در هنگام جابجایی مواد و مایعات داغ از شایع‌ترین دلایل سوختگی کودکان است. سوختگی ممکن است با آب جوش، مایعات داغ یا بخار ایجاد شود و یا بوسیله شعله آتش، مواد شیمیایی، برق یا رادیواکتیو رخ دهد. پیش آگهی سوختگی‌ها به عامل سوختگی، شدت عامل سوزاننده، وسعت سوختگی، عمق سوختگی، محل سوختگی، سن، بیماری‌های همراه، سرعت درمان و نحوه درمان بستگی دارد. بیشتر سوختگی‌ها با پیش بینی و احتیاط مناسب، رعایت نکات ایمنی و برنامه‌ریزی، قابل پیشگیری هستند.

تعریف سوختگی

سوختگی نوعی آسیب پوست یا بافت‌های دیگر بدن است که در اثر گرمای بیش از حد، جریان الکتریکی، مواد شیمیایی و یا اشعه رادیواکتیو ایجاد می‌شود.

طبقه‌بندی سوختگی‌ها

سوختگی‌ها بر اساس مکانیسم یا دلیل سوختگی، درجه یا عمق سوختگی، حوزه یا سطح سوخته بدن، ناحیه یا بخشی از بدن که تحت تأثیر قرار گرفته و همچنین میزان سوختگی

طبقه‌بندی می‌شوند.

طبقه‌بندی سوختگی بر اساس دلایل سوختگی

سوختگی حرارتی: در اثر گرمای زیاد ناشی از شعله یا اجسام داغ بوجود می‌آید. اگر در فضای بسته اتفاق بیفتد دود و گازهای متصاعد شده از آن که حرارت بسیار بالایی دارند، می‌تواند سوختگی‌های تنفسی ایجاد کند و یا منجر به خفگی شود.

سوختگی شیمیایی: در اثر تماس با مواد شیمیایی (قلیایا و اسیدها) نظیر سفید کننده‌ها (مانند وایتکس) و اسیدها (مانند جرم‌گیر) بوجود می‌آید. در صورت تماس با پوست، چشم و یا خوردن آن‌ها موجب سوختگی‌های بسیار عمیق از نوع سوختگی درجه ۳ می‌شوند و اشکال مختلفی از ضایعات پوستی و تنفسی ایجاد می‌کند. چنانچه ماده شیمیایی خورده شود دهان، حلق و مری را دچار سوختگی شدید می‌نماید. سوختگی با مواد قلیایی خطرناک‌تر از سوختگی با اسیدها است چون قلیایا در پوست نفوذ بیشتری دارند و مدت طولانی‌تری فعال باقی می‌مانند.

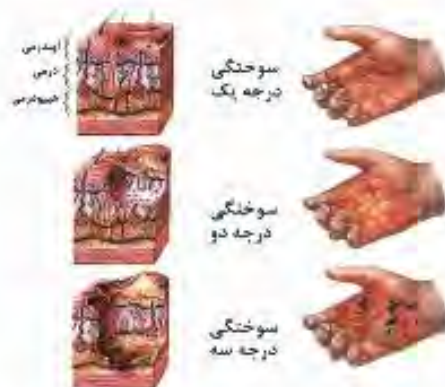
سوختگی الکتریکی: در اثر عبور جریان الکتریکی از بدن سوختگی ایجاد می‌شود که ممکن است در اثر تماس مستقیم یا سیم حامل برق در حمام، استخر، حیاط، زیر زمین، پارک‌ها و یا جاهای مرطوب بوده و یا به علت فرسودگی کابل‌ها و یا عایق نبودن صحیح لوازم برقی خانگی و یا سیم کشی‌های غلط ایجاد شود. همچنین در مواقع رعد و برق و یا شعله‌ور شدن دستگاه‌های برقی در ولتاژهای پایین و یا ولتاژهای بالا در نزدیکی انسان امکان برق گرفتگی وجود دارد. در سوختگی‌های الکتریکی ظاهر بیرونی سوختگی ممکن است ناچیز باشد اما آسیب‌های داخلی شدیدی را بوجود آورد. نواحی قابل رویت آسیب دیده در نقاط ورود و خروج جریان برق می‌باشند و در مسیر جریان یعنی در درون بدن نیز مسیری از آسیب دیدگی داخلی وجود خواهد داشت. شدت سوختگی بستگی به ولتاژ، نوع جریان الکتریکی، مدت تماس و سطح تماس دارد. در اثر اصابت رعد و برق و یا تماس با جریان برق ممکن است سوختگی بروز کند. شوک حاصل از جریان الکتریکی می‌تواند باعث ایست قلبی تنفسی گردد که احیا قلبی تنفسی در محل را ایجاب می‌کند.

سوختگی تابشی: ممکن است توسط اشعه خورشید و یا تشعشعات اتمی ایجاد شود. اشعه رادیواکتیو قسمت مرکزی سلول را نابود می کند و قدرت ترمیم آن از بین می رود. عوارض دراز مدت به صورت بیماری های بدخیم مثل سرطان خون ظاهر می شود. در کسانی که با اشعه X کار می کنند آسیب های پوستی ناشی از اشعه شایع است.

طبقه بندی سوختگی بر اساس عمق آسیب:

سوختگی درجه ۱: آسیب پوست بسیار سطحی است. اپی درم (سطحی ترین لایه پوست) آسیب محدودی دیده است، اغلب ناشی از تابش آفتاب یا حرارت خفیف است. سطح پوست قرمز، دردناک و خشک است، سوزش دارد و می تواند کمی متورم باشد. در عرض ۳-۶ روز بدون هیچ اثری بهبود می یابد.

سوختگی درجه ۲: اپی درم و قسمتی از درم دچار سوختگی می شود و یلاهما بین اپی درم و درم تجمع یافته و باعث بلند شدن این لایه و ایجاد تاول می شود. زخم سوخته قرمز یا صورتی و بسیار دردناک و مرطوب است. لایه زایا سالم است و عضو سوخته یا آسیب دیده در عرض ۱۰-۲۱ روز بدون هیچ اثری یا با اثر خفیف بهبود می یابد. علت آن می تواند ریختن مایعات داغ روی پوست یا شعله آتش باشد. در این نوع سوختگی محل سوختگی دارای قرمزی قابل توجه، تاول و ظاهری متورم است و مشخصه آن درد بسیار شدید است، به طوری که فرد دچار سوختگی، بی نهایت به لمس حساس است و حتی برخورد باد یا جریان هوا با محل سوختگی باعث درد سوزاننده ای می شود.



سوختگی درجه ۳: مانند سوختگی های

شیمیایی و برق گرفتگی تمام ضخامت پوست (اپی درم و درم) تخریب می شود و حتی ممکن است آسیب عمیق تر شده و تخریب یافت های زیرپوستی (چربی، ماهیچه و استخوان) صورت گیرد. رنگ پوست سفید یا قهوه ای و حالت چرمی پیدا کرده و خشک است، تاول وجود ندارد، به

علت از بین رفتن اعصاب زیر جلدی معمولاً بیمار دردی احساس نمی‌کند. علاوه بر تخریب کامل بافت پوست، عروق و اعصاب نیز آسیب می‌بینند و لایه ترمیم‌کننده پوست هم از بین می‌رود. عفونت، مساله عمده‌ای در ارتباط با این نوع سوختگی است. این نوع سوختگی خودبخود بهبود نیافته بلکه نیاز به جراحی ترمیمی و پیوند پوست دارد.

سوختگی درجه ۴: فاشیا، عضله و استخوان را نیز گرفتار می‌کند.

اصول ۹ گانه برای طبقه‌بندی سوختگی بر اساس میزان سطح سوخته بدن در بزرگسالان و کودکان بالای ۱۰ سال

سر و گردن ۹٪

هر اندام فوقانی ۹٪

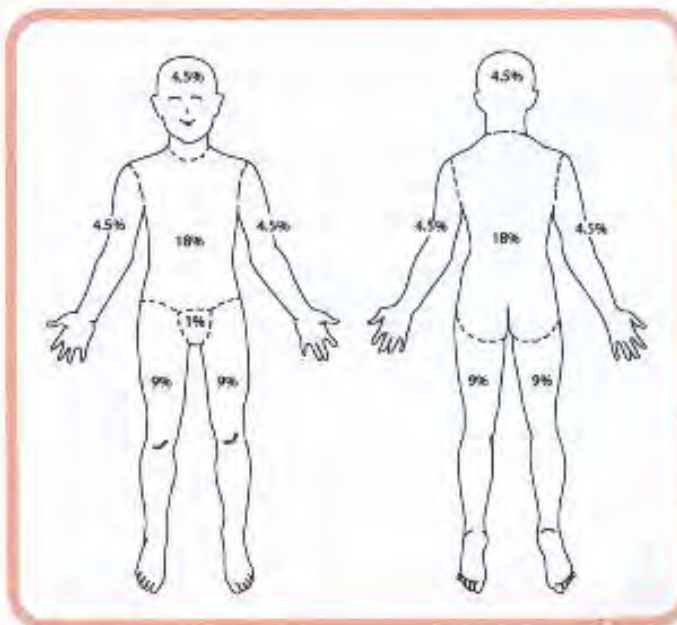
سطح قدامی اندام تحتانی ۹٪

سطح خلفی اندام تحتانی ۹٪

سطح قدامی تنه ۱۸٪

سطح خلفی تنه ۱۸٪

پرینه (دستگاه تناسلی) ۱٪



برای محاسبه سطح سوخته

بدن در کودکان زیر ۱۰

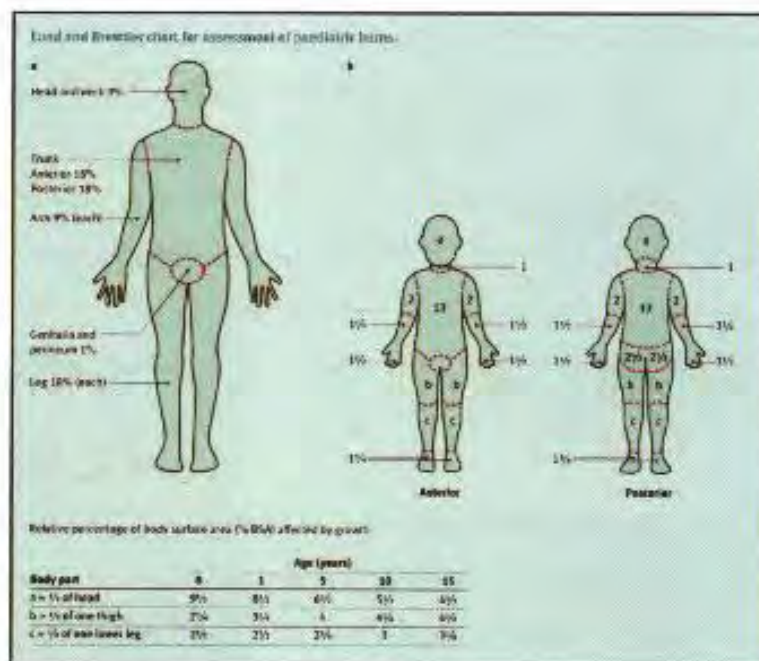
سال از Browder Chart

استفاده می‌شود، اندازه کف

دست کودک تقریباً ۱٪ کل

سطح بدن او محاسبه می‌شود.

هر چه ناحیه سوختگی بزرگتر باشد شدت عوارض آن بیشتر است. سوختگی‌های صورت، دست‌ها، پاها و ناحیه تناسلی دارای پیچیدگی‌هایی هستند که باید مورد ارزیابی تخصصی قرار گیرند.



نمودار تقسیم‌بندی نواحی مختلف بدن، همراه با جدول درصد نواحی سطحی سر و پا در سنین مختلف که برای تخمین نواحی سوخته شده در یک کودک قابل استفاده است

اپیدمیولوژی سوختگی

سوختگی‌های ناشی از آتش سوزی، یازدهمین دلیل عمده مرگ و میر کودکان بین ۱ تا ۹ سال است. کودکان در خطر بالای مرگ ناشی از سوختگی‌ها با نسبت جهانی ۳/۹ مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر قرار دارند. نسبت مرگ در کشورهای با درآمد متوسط و کم درآمد ۱۱ برابر بیشتر از کشورهای پردرآمد است (۴/۳ در هر ۱۰۰ هزار نفر در برابر ۰/۴ در هر ۱۰۰ هزار نفر). در کشور ما بر اساس آمار نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه از سال ۱۳۸۹-۱۳۸۶ بطور متوسط ۵/۶٪ از موارد فوت ناشی از سوانح و حوادث غیرعمدی در کودکان به دلیل سوختگی با آب داغ بوده است.

ارتباط سوختگی با سن

سوختگی در گروه سنی زیر ۵ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی اتفاق می‌افتد. مرگ ناشی از

سوختگی در نوزادان بیشترین میزان و در کودکان بین ۱۴-۱۰ سال کمترین میزان را دارد و در گروه سنی ۱۹-۱۵ سال در نتیجه مجاورت، خطرپذیری و تجربه‌گرایی و تیز شروع به کار در این سنین افزایش می‌یابد. بیشترین سوختگی کودکان زیر یکسال در کف دست‌ها، همان جایی که با آن شروع به حرکت می‌کنند و به اشیاء دسترسی پیدا می‌کنند، دیده می‌شود و اغلب نتیجه لمس شوفاژ یا لوله‌های آب گرم است. ۷۵٪ از سوختگی‌ها در کودکان کم سن ناشی از تماس با مایعات داغ، آب گرم یا بخار داغ است. با بزرگتر شدن کودکان، احتمال آسیب آن‌ها با اشپای خانه کاهش می‌یابد و بیشتر در دنیای بیرون دچار آسیب می‌شوند.

ارتباط سوختگی با جنس

سوختگی تنها نوعی از آسیب‌های غیر عمدی است که در دختران بیشتر از پسران دیده می‌شود. نسبت مرگ ناشی از آتش سوزی برای دختران ۴/۹ در هر ۱۰۰ هزار نفر و برای پسران ۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است. برای سوختگی‌های غیر مهلک، الگوی جنسی سوختگی کاملاً مشخص نیست و در برخی مناطق، پسران ممکن است بیش از دختران در معرض خطر باشند. توزیع جنسی سوختگی‌ها بین کشورهای مختلف متفاوت است، که ممکن است ناشی از شرایط فرهنگی بویژه الگوی پخت و پز باشد. آداب و رسوم محلی استفاده از آتش برای پخت و پز و گرمایش، به همراه لباس گشاد افراد بویژه دختران جوان در برخی مناطق، با افزایش سوختگی‌ها بین دختران جوان مرتبط است.

آیا تمام حوادث ناشی از سوختگی منجر به مرگ می‌شوند؟

اکثر مرگ‌های ناشی از سوختگی کودکان به علت سوختگی‌های ناشی از حریق است، سوختگی‌های ناشی از مایعات و بخارات داغ و سوختگی‌های تماسی عامل مهمی در عواقب طولانی مدت و ناتوانی حاصل از سوختگی هستند.

نجات یافتگان از سوختگی ممکن است دچار چه عوارضی شوند؟

سوختگی‌ها می‌توانند منجر به عواقب طولانی مدت قابل توجهی شوند که در غیاب برنامه‌های ترمیمی و توان‌بخشی جامع منجر به معلولیت‌های مادام‌العمر جسمی و روانی کودکان آسیب دیده می‌شوند. کودک ممکن است به مشکلات جسمی طولانی مدت از قبیل اسکار عمیق،

انقباض‌های موضعی شدید، تشکیل کلوئید، مشکلات فیزیکی با محدودیت عملکرد، درد، قطع عضو، اختلالات روانی نظیر عصبانیت و استرس بعد از حادثه، اضطراب و انزوای دچار شود. سوختگی‌های صورت منجر به بدریختی‌های آشکار می‌شود که می‌تواند منجر به کاهش اعتماد به نفس کودکان و نوجوانان شود. این عواقب به عوامل متعددی از جمله سن کودک، بخش آسیب دیده بدن و نسبت سطح سوخته بدن بستگی دارد، همچنین به فاصله زمانی آسیب تا درمان، نوع مراقبت به عمل آمده از قبیل یا نسمان و عوارض بعد از سوختگی نیز بستگی دارد. برادر و خواهر کودکانی که از سوختگی رنج می‌برند نیز باید تحت مراقبت قرار گیرند چون مراقبت بیش از حد کودک مصدوم می‌تواند اثر رفتاری معکوس روی سایر کودکان خانواده بگذارد.

بار اقتصادی سوختگی چقدر است؟

مراقبت از سوختگی‌ها نیازمند منابع مالی و انسانی زیادی است و بار اقتصادی سنگینی را در طی خدمات مراقبت بهداشتی به خانواده‌ها تحمیل می‌کند. در بیشتر مناطق جهان هزینه درمان سوختگی بالاست. هزینه درمان سوختگی به نوع و شدت آن بستگی دارد. هزینه بستری شدن ناشی از سوختگی از ۱۱۸۷ دلار برای سوختگی‌های ناشی از مایعات و بخارات داغ تا ۴۱۰۲ دلار برای سوختگی ناشی از آتش‌سوزی متغیر است. به‌علاوه هزینه‌های دیگری از قبیل هزینه توان بخشی طولانی مدت، تعداد روزهای غیبت از مدرسه، بیکاری، انزوای اجتماعی و اختلالات روانی نیز به جامعه تحمیل می‌شود.

کودکان بیشتر در چه محل‌هایی دچار سوختگی می‌شوند؟

سوختگی‌های کودکان اغلب در خانه اتفاق می‌افتد البته این سوختگی‌ها در کودکان بزرگتر ممکن است در محل کار صورت بگیرد. آشپزخانه متداول‌ترین جای خانه برای سوختگی کودکان است. در این مکان کودکان ممکن است با انفجار گاز آسیب ببینند، روی ذغال‌های داغ قرار بگیرند، مایعات داغ و یا روغن آشپزی داغ رویشان پاشیده شود.



عوامل خطر ساز سوختگی کودکان کدامند؟

۱. کودکان ناتوان، کودکان مبتلا به صرع کنترل

نشده، کودکان با والدین سالمند و یا بیمار، کودکان مناطق روستایی دور از مراقبت پزشکی، با احتمال سوختگی بیشتر و نیز عواقب بیشتر سوختگی روبرو هستند. کودکان والدین سیگاری که در رختخواب سیگار می‌کشند بیش از کودکان والدین غیر سیگاری در معرض سوختگی قرار دارند.

۲. فقر رابطه مستقیمی با مرگ و میر و ناتوانی ناشی از سوختگی‌ها دارد. بخش قابل توجهی از سوختگی‌ها بین کودکان کشورهای با درآمد متوسط و کم درآمد اتفاق می‌افتد.

۳. تجهیزات غیرایمن از قبیل منابع نور، گرما و تجهیزات پخت و پز بویژه آن‌هایی که با سوخت‌های فسیلی کار می‌کنند از عوامل اصلی خطر هستند. پخت و پز روی آتش‌های آزادی که محصور نشده‌اند یا آن‌هایی که در سطح زمین قرار گرفته‌اند، استفاده از اجاق‌های کوچک نفت سفید یا چراغ‌ها، شمع‌های روشنایی و سوخت‌های مشتعل و فرار خطرات قابل توجهی را برای کودکان به همراه دارند.

۴. آتش‌بازی در جشن‌های ملی یا مذهبی در برخی کشورها موجب سوختگی کودکان می‌شود. در بیشتر کشورها وقوع سوختگی با تعطیلات مذهبی و عمومی ارتباط دارد.

۵. شرایط اقتصادی - اجتماعی از قبیل میزان پایین سواد خانواده، زندگی در خانه‌های پر ازدحام و بدون اتاق‌های مجزا، نبود نظارت کافی بر کودکان، سابقه سوختگی بین برادران و خواهران، فقدان قوانین و مقررات مرتبط با کدهای ساختمانی، نبود هشداردهنده‌های دود از عوامل خطر ایجاد سوختگی هستند.

برای پیشگیری از سوختگی چه باید کرد؟



۱. رعایت ایمنی در آشپزخانه: جداسازی نواحی پخت و پز یا آشپزخانه از بخش نشیمن خانه، قرار دادن سطوح پخت و پز بالاتر از سطح زمین، جلوگیری از ورود بدون نظارت کودکان به آشپزخانه، عدم استفاده از روشن کننده‌ها در حضور کودکان، پختن غذا روی شعله‌های عقبی گاز، در صورت پخت غذا روی شعله‌های جلویی، توجه به اینکه دسته ظرف بیرون

از حد اجاق قرار نگیرد، چرخاندن دسته قوری یا کتری به پشت و اطراف گاز، ظروف پخت غذا بدون نظارت رها نشوند و بعد از پختن غذا اطمینان از خاموش بودن اجاق همه

در پیشگیری از سوختگی کودکان موثرند.

۲. رعایت برخی استانداردها: عدم استفاده از سوخت‌های فسیلی، ساخت اجاق‌های ایمن، استفاده از لامپ‌های ایمن، استفاده از فلدک‌های دارای قفل کودک، نصب نشانگر دود در اتاق‌ها و کنترل منظم و بررسی باتری آن‌ها، عدم استفاده از وسایل گرمایشی دارای شعله باز و قابل حمل، گذاشتن موانعی در اطراف شومینه و رادیاتورها تا از رسیدن کودک به آن‌ها جلوگیری شود، همه در پیشگیری از سوختگی کودکان موثرند. همچنین ضروری است نزدیک بخاری‌های باز همچون شومینه قرش یا مبل قرار داده نشود. از ذخیره و انبار کردن مواد قابل اشتعال پرهیز شود. کبریت، فندک، لامپ، چراغ‌ها، مواد شیمیایی و سایر لوازم خطرناک دور از دسترس کودکان نگهداری شوند.

۳. رعایت ایمنی لوازم برقی: از وسایل ایمنی برای پوشاندن پریزهای برق استفاده شود. سیم وسایل برقی بلند نباشد و دور از دسترس کودکان باشد. سیم‌های برق از زیر فرش عبور نکند، چند سیم رابط یا دوشاخه به یک خروجی (پریز) وصل نشود. روی تمام پریزهای برق با پوشش محافظ پوشانده شود و پا از پریزهای با در فتری استفاده شود. تمام وسایل برقی و سیم‌های آن‌ها از نظر پوشش ایمنی، ترک خوردگی و شکستگی بررسی شوند. وسایل برقی خراب تعمیر شوند و در صورت غیر قابل تعمیر بودن دور انداخته شوند. از وسایل برقی در حمام استفاده نشود. بستوار و سایر وسایل برقی کوچک از دسترس کودکان دور باشند. همیشه خطرات ناشی از حریق و سوختگی را در مورد وسایل برقی بررسی کرده و در صورت نیاز تغییرات لازم انجام شود.

۴. رعایت ایمنی آب گرم: درجه حرارت آب گرمکن‌های خانگی بهتر است روی دمای کمتر از ۶۰ درجه سانتی‌گراد تنظیم شود. حرارت آب گرم بین ۴۹ تا ۵۰ درجه سانتی‌گراد باشد. همیشه دمای آب پیش از حمام کردن کودک بررسی شود. دمای آب شستشوی کودک زیر ۳۸ درجه سانتی‌گراد و برای نوزادان ۳۷ درجه سانتی‌گراد باشد. کودکان هنگام توالی رفتن و حمام کردن تنها رها نشوند.

۵. رعایت ایمنی غذاها و نوشیدنی‌ها: در حضور کودکان وسایل داغ حمل نشود، مایعات داغ خورده نشود. ممکن است کودک با کشیدن سفره رومیزی مایعات داغ را روی خود بریزد لذا غذاها و نوشیدنی‌های داغ دور از لبه میز قرار گیرند. پیش از غذا دادن به کودکان دمای غذا بررسی شود.

۶. **رعایت ایمنی مواد شیمیایی:** هنگام کار با مواد شیمیایی حتماً از دستکش و ماسک استفاده شود. مواد شیمیایی در ظروف و بطری‌های مخصوص مواد خوراکی ریخته نشود و دور از دسترس کودکان نگهداری شوند.
۷. **ایمنی کودکان در فضای باز:** اگر کودکان به اردو می‌روند داخل چادر کبریت، شمع، وسایل آتش‌زا روشن نکنند. در صورت رعد و برق اجازه بازی در فضای باز به کودک داده نشود. در صورت گرفتار شدن در طوفان به دور از اجسام فلزی و در سرپناهی امن قرار گیرند. به مدت طولانی در معرض تابش شدید آفتاب قرار نگیرند. خطر آفتاب سوختگی در کودکان با استفاده از مواد ضد آفتاب با ماده محافظ SPF^1 ۱۵ یا بیشتر کاهش داده شود. در مراسم آتش‌بازی مانند چهارشنبه سوری کودکان به آتش نزدیک نشوند و از روی سعله آتش زبانه کشیده نپزند. در آتش ترقه، آمپول، ظروف خالی اسب‌ری‌ها و یا هر ماده دیگری نیندازند. بعد از اتمام کار و قبل از ترک محل از خاموش شدن کامل آتش اطمینان پیدا شود. ترقه‌ها و فشش‌ها نیز هر سال حوادث غم‌انگیز بسیاری ایجاد می‌کنند. پس به کودکان اجازه تهیه ترقه، فشش و مانند آن‌ها داده نشود. همچنین شرکت استانداری برای تهیه و تأیید ترقه و فشش‌های موجود در بازار وجود ندارد.
۸. **افزایش آگاهی درباره سوختگی‌ها و پیشگیری از آن‌ها:** به کودکان آموزش داده شود که از اجسام داغ دوری کنند و با کبریت، اجاق گاز، مواد شیمیایی و الکتریکی بازی نکنند. برنامه ایمنی در هنگام حریق از جمله مسیر فرار سریع هنگام حریق پیش بینی شود و با کودکان تمرین شود. آن‌ها باید بدانند که صدای هشدار دهنده دود چیست، چگونه لباس‌های مشتعل را از تنشان درآورند و یا روی زمین بغلتند.
۹. **وسایل اطفای حریق:** کپسول اطفای حریق همیشه در دسترس باشد، لازم است طرز استفاده از این کپسول آموزش داده شود و پس از هر بار استفاده پر شود.
۱۰. **جعبه کمک‌های اولیه:** کمک‌های اولیه در دسترس باشد. وسایل جعبه کمک‌های اولیه شامل گاز استریل، باند، سنجاق، چسب، قیچی، مواد ضد عفونی کننده، پنبه، پنبه، چراغ قوه، دماسنج، فشار سنج، آتل، سرم فیزیولوژی، سرم و آبسلانگ کامل باشند.

^۱ Sun Protection Factor

ماتریس هادون عوامل خطر سوختگی در اثر آتش در کودکان

عوامل خطر	محدود پذیرایی	محیط اجتماعی اقتصادی
مباحث تکاملی شامل تجربه، جنس، آسیب پذیری شامل کودکان ناتوان، کودکان خیابانی، آواره ها، فقدان نظارت، سیگار کشیدن والدین در خانه یا در رختخواب، عدم وجود دانش درباره راه های آتش سوزی در خانه	انبار کردن مواد آتش زا در خانه، قرار دادن کنیوت ها یا فندک ها در دسترس کودکان، احاطه های غیر ایمن با لامپ های غیر استاندارد، آتش بازی	فقر، بیکاری، بی سوادی والدین، فوت شدن ناشی از سوختگی، نبود قوانین ساخت و ساز مناسب و اعمال آن، نبود سیستم های لازم برای هشدار دهنده های دود، سیستم های ابقشان، دسترسی به شیر آتش نشانی، نبود سیاست لازم در مورد استانداردهای مواد اشتعال پذیر
هشدار دهنده های دود و سیستم های ابقشان حفاظت نشده، عدم پوشش لباس ضد حریق، دانش ناکافی درباره فرآیندهای تخلیه	فقدان سیستم های آتش نشانی، نبود شیر آب فشان یا عدم دسترسی به آب	فقدان هشدار دهنده های دود، فقدان مسیر گم بره های آسان، فقدان دسترسی به تلفن برای کمک
کمک های اولیه غیر قابل دسترس، نبود دانش از سوی مراقبان بهداشتی و جامعه برای اقدامات اولیه	اشتعال پذیری وسایل خانه و لباس بچه ها، مسمومیت ناشی از دود و سوختن وسایل خانه	زمان واکنش طولانی آتش نشانی، مهارت های کم برای تخلیه و درمان، نبود دسترسی به آب، ناتوانی در حمل و نقل سریع به پزشک
		مراقبت های نامناسب، دسترسی ناکافی به مراکز سوختگی و توانبخشی، حمایت ناکافی جامعه از افراد دچار سوختگی

در صورتی که کودکی دچار سوختگی شد چه کنیم؟

کودک باید قبل از انتقال به بیمارستان به وضعیت پایداری برسد. هدف کلی کمک های اولیه خنک سازی سوختگی، پیشگیری از پیشرفت سوختگی و پیشگیری از آلودگی است. آموزش گسترده برای ترویج استفاده قوری از آب خنک در سوختگی ها کمک اولیه مؤثری در درمان سوختگی است.

۱. مواردی که در کمک های اولیه برای سوختگی باید انجام داد: کودک از مجاورت

منبع حرارتی به جای امن منتقل شود، به کودک آرامش داده شود، ناحیه سوختگی در آب سرد فرو برده شود یا زیر آب سرد گرفته شود تا دمای پوست کاهش یابد، محل سوختگی به مدت ۱۰ دقیقه با آب سرد خنک شود. اگر این کار امکان پذیر نیست محل سوختگی با یک پارچه که در آب سرد خیس شده پوشانده شود. استفاده انحصاری از آب

تمیز و خنک توصیه می‌شود ولی اگر آب سرد در دسترس نیست از مایع خنک کننده دیگری مانند شیر می‌توان استفاده کرد. لباس‌های چسبیده به محل سوختگی جدا نشوند ممکن است با این کار آسیب بیشتری وارد شود. پس از این که محل سوختگی مقداری خنک شد لباس‌های کودک در آورده شوند و در صورت ادامه درد خنک کردن کودک ادامه یابد. اطراف لباس‌هایی که روی محل سوختگی چسبیده‌اند قیچی شوند و لباس خارج شود. لباس‌های تنگ اطراف محل سوختگی قبل از تورم عضو در آورده شوند. همچنین قبل از متورم شدن محل سوختگی اشیایی مثل گردنبند یا انگو از تن کودک خارج شود. در آسیب‌های ناشی از اشتعال شعله‌ها با غلتاندن بیمار بر روی زمین و یا به کارگیری یک پتو یا با استفاده از آب یا دیگر مایعات خاموش شود. سوختگی‌های شیمیایی، عامل شیمیایی توسط شستشوی زیاد زخم با آب رقیق شود. برای هر سوختگی مگر نوع خیلی خفیف آن بهتر است کودک با آمبولانس یا سریع‌ترین وسیله ممکن به بیمارستان رسانده شود.

۲. مواردی که در کمک‌های اولیه برای سوختگی نباید انجام داد: قبل از اطمینان از ایمنی خود اقدام به کمک اولیه نشود. پماد، کره، روغن، سیب زمینی، خمیر دندان، اسپری بی حس کننده روی محل سوختگی مالیده نشود. هرگز از یخ برای سرد کردن ناحیه سوخته استفاده نشود، این کار سوختگی ناشی از سرما را نیز به ضایعه اضافه می‌کند. به تاول فشار آورده نشود و باز نشوند چون این کار باعث گسترش عفونت در محل می‌شود. از کاربرد داروهای موضعی اجتناب شود مگر این که بیمار تحت مراقبت پزشکی باشد.

۳. اقدامات بالقوه زیان‌بار: کارهای سنتی مانند مالیدن کره یا روغن بر روی سوختگی درجه یک، مالیدن خمیر دندان یا مواد دیگر بر روی سوختگی درجه دو مضر است و باعث پوسته پوسته شدن پوست شده و لایه‌های مجروح را مستعد عفونت می‌کند.

۴. در سوختگی‌های الکتریکی ممکن است علائمی نظیر سوختگی نقاط ورود و خروج جریان الکتریسیته، بیهوشی و یا نشانه‌های شوک دیده شود. هدف از درمان این نوع سوختگی درمان شوک و نواحی سوخته است و تا رساندن کودک به بیمارستان موارد زیر انجام شود:

۱. از قطع اتصال منبع الکتریسیته با بدن مصدوم اطمینان حاصل شود.

۲. اگر مصدوم بیهوش است راه‌های هوایی باز شود، نبض و تنفس بررسی شود و عملیات احیا در صورت لزوم انجام شود.

۳. برای خنک کردن موضع سوختگی مقادیر زیادی آب سرد روی آن ریخته شود و در صورت لزوم هر گونه لباس سوخته از بدن مصدوم جدا شود.

۴. برای حفاظت محل سوختگی در برابر عفونت ترجیحاً یک پوشش یا بانسمان استریل و یا یک باند تمیز سه گوش تا شده و یا انواع پوشش‌های تمیز و غیر پرز دار دیگر روی سطح آسیب دیده قرار داده شود.

۵. برای انتقال کودک به بیمارستان با ۱۱۵ تماس گرفته شود.

۵. در سوختگی پس از خوردن اسید یا قلیا هیچ چیزی برای نوشیدن به کودک داده نشود. در صورتی که احساس سوزش دارد فقط لب‌های او با آب سرد مرطوب شود. از ایجاد استفراغ خودداری شود زیرا اگر استفراغ وارد ریه‌هایش شود باعث آسیب خواهد شد. با اورژانس ۱۱۵ تماس حاصل شود و کودک به بیمارستان رسانده شود.

۶. در آفتاب سوختگی پوست داغ و ملتهب است و برای درمان آن باید دمای قسمت سوخته با استفاده از کمپرس آب سرد پایین آورده شود. می‌توان یارچ‌های را در آب سرد فرو کرد و بر روی سطح سوخته پوست قرار داد و مرتب آن را عوض کرد. این کار را می‌توان روزی چند بار و هر بار ۱۰ تا ۲۰ دقیقه تکرار کرد.

نکات کلیدی پیشگیری از سوختگی

۱. یک کپسول آتش نشانی متناسب با محیط تهیه شود.

۲. مواد آتش‌زا مانند کبریت و فندک دور از دسترس کودکان نگهداری شوند.

۳. هشدار دهنده دود را در خانه نصب کنید. آن‌ها را در همه اتاق‌هایی که اعضای خانواده در آن‌جا استراحت می‌کنند نصب نمایید و ماهی یکبار بررسی کنید تا مطمئن شوید درست کار می‌کنند.

۴. برنامه‌ای برای فرار از آتش داشته باشید. این برنامه فرار از آتش را با خانواده تمرین کنید و کودکان را در این برنامه وارد کنید. مطمئن شوید هر کس حداقل ۲ راه برای خارج شدن از خانه می‌داند و محلی را در بیرون از خانه برای جمع شدن می‌شناسد.

۵. با احتیاط و ایمن آشپزی کنید. هرگز زمان غذا پختن محل را ترک نکنید و در کنار اجاق گاز پخت غذا حضور داشته باشید. استفاده از اجاق گاز، بخارپز یا مایکروویو را برای کودکان ممنوع کنید یا هنگام استفاده کودکان از آن‌ها نظارت کامل داشته باشید.



سقوط

سقوط

میزان رشد و نمو جسمی کودکان با توانایی‌های شناختی آن‌ها در تشخیص خطر منطبق نمی‌باشد، بنابراین گاهی اوقات مراقبین کودک باید بدانند چه آسیب‌هایی در سنین مختلف برای کودک رخ می‌دهد. کودکان باید به طور مداوم زیر نظر باشند تا خطر آسیب در آن‌ها کاهش یابد، زیرا حتی لحظه‌ای غفلت می‌تواند فاجعه آفرین باشد. سقوط‌ها می‌توانند حتی در حضور والدین هم اتفاق بیفتند. در اکثر کشورها سقوط رایج‌ترین آسیب دوران کودکی است که در بخش اورژانس پذیرش می‌شود و بین ۲۵ تا ۵۲ درصد موارد پذیرش کودکان آسیب دیده را تشکیل می‌دهد.

تعریف سقوط

سقوط اتفاقی است که در نتیجه آن فرد روی زمین، کف یا سطوح پایینی دیگری می‌افتد. منظور از سقوط کودک، سقوط ناگهانی اوست در جهت تیروی جاذبه که با لغزیدن و سر خوردن و از دست دادن تعادل همراه است.

اپیدمیولوژی سقوط

سقوط‌ها بعنوان دوازدهمین عامل مرگ در بین سنین ۵ تا ۹ سال و ۱۵ تا ۱۹ سال هستند. تفاوت مهمی بین مرگ ناشی از سقوط مناطق و کشورهای مختلف یک منطقه وجود دارد. کشورهای با درآمد بالا در آمریکا، اروپا و غرب اقیانوس آرام مرگ و میری حدود ۰/۲ تا یک نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار کودک زیر ۲۰ سال دارند. مرگ ناشی از سقوط در کشورهای با درآمد

کم و متوسط در غرب و شرق آسیا و نواحی شرقی مدیترانه به ترتیب ۲/۷ از هر ۱۰۰ هزار کودک و ۲/۹ از هر ۱۰۰ هزار کودک است و بیشترین ارقام مرگ ناشی از سقوط را دارند. ۶۶ درصد سقوط‌های مهلک کودکان به سقوط از ارتفاع مربوط می‌شود در حالی که ۸ درصد از سقوط‌های مهلک در سطح اتفاق می‌افتد. در کشور ما بر اساس آمار نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه از سال ۱۳۸۹-۱۳۸۶ بطور متوسط ۶,۳٪ از موارد فوت ناشی از سوانح و حوادث غیرعمدی به دلیل سقوط بوده است.

ارتباط سقوط با سن

در کشورهای با درآمد کم و متوسط بیشترین نرخ مرگ مربوط به نوزادان زیر یکسال است. در کشورهای با درآمد بالا متوسط نرخ مرگ و میر ناشی از سقوط تقریباً در ۲۰ سال اول زندگی یکسان است.

ارتباط سقوط با جنس

در بین کودکان و نوجوانان تعداد سقوط‌ها در پسرها بیشتر از دخترها است. همچنین مرگ و میر ناشی از سقوط در پسرها بیشتر است.

آیا تمام حوادث ناشی از سقوط به مرگ منجر می‌شود؟

سقوط‌های دوران کودکی مسؤول بخش عمده‌ای از ناتوانی‌های مادام‌العمر کودکان است. عوارض غیر مهلک سقوط رایج‌تر است و بار زیادی را بر بخش سلامت تحمیل می‌کند. در بین کودکان زیر ۱۵ سال سقوط‌های غیر مهلک سیزدهمین عامل از دست دادن سال‌های زندگی توأم با سلامتی است. در بررسی‌های انجام شده در برخی کشورها به ازای هر ۱ مورد مرگ ناشی از سقوط ۴ مورد ناتوانی دائمی، ۱۳ مورد بستری در بیمارستان برای ۱۰ روز یا بیشتر، ۲۴ مورد بستری در بیمارستان به مدت کمتر از ۱۰ روز و ۶۹۰ مورد نیازمند مراقبت هستند و حداقل یک روز امکان حضور در محل کار و مدرسه را از دست داده‌اند.

نجات یافتگان از سقوط ممکن است دچار چه عوارضی شوند؟

شدت آسیب‌های مرتبط با سقوط به آناتومی بدن انسان و نیروی برخوردی که بدن در معرض

آن است بستگی دارد. نیروی برخورد عامل مهمی است و بستگی به ارتفاعی دارد که سقوط از آن اتفاق می‌افتد. آسیب‌های حاصل از سقوط به طور عمده شامل بریدگی‌ها، خراش‌ها، کوفتگی‌ها و شکستگی‌های اندام‌های انتهایی است. خطر آسیب در کودکانی که از ارتفاع ۲/۲۵ متری سقوط می‌کنند نسبت به آن‌هایی که از ارتفاع ۰/۷۵ متر یا کمتر سقوط می‌کنند، ۱۳ برابر بیشتر است. البته گاهی سقوط از ارتفاعات کمتر نیز باعث آسیب‌های خطرناکی مانند آسیب سر می‌شود. آسیب‌های معزی از علل اصلی معلولیت‌ها و ناتوانی‌های دائمی است. آسیب سر و شکستگی دست و پا از شایع‌ترین آسیب‌های ناشی از سقوط هستند. سقوط‌ها ممکن است باعث آسیب طناب نخاعی، آسیب‌های قفسه سینه و محوطه شکمی و یا شکستگی در صفحه رشد بشوند. آثار دراز مدت عاطفی، روانی و شناختی نیز از عواقب سقوط است.

محل‌های شایع سقوط کودکان

محل‌های شایع سقوط کودکان به طور عمده شامل سقوط از پنجره، بالکن و پشت بام هستند. همچنین سقوط از تجهیزات بازی، پله‌ها و درختان نیز شایع است. سقوط درون حفره‌ها، چشمه‌ها، دودکش‌ها و سایر حفره‌های درون زمین هم مشاهده می‌شود.

عوامل خطر ساز سقوط کودکان کدامند؟

عوامل خطر آسیب‌های غیر عمدی ناشی از سقوط کودکان عبارتند از جنس، فقر، ارتفاع سقوط، نوع سطح، مکانیسم سقوط (سقوط از پله‌ها و یا سقوط در هنگام استفاده از روروک)، زمان و محل وقوع حادثه.

۱. **کودکان کم تحرک و معلول** نیازمند مراقبت پرستاری، کودکان با معلولیت ذهنی، کودکان وابسته به صندلی چرخدار، در معرض خطر بالای سقوط از تخت خواب یا سایر سطوح مرتفع هستند. جنس پسر بیشتر در معرض خطر سقوط است.

۲. **عوامل اجتماعی اقتصادی** از قبیل شرایط بسیار شلوغ و پر هرج و مرج خانه، تک والد بودن، بیکاری، سن کم مادر، تحصیلات پایین مادر، مشکلات روانی مراقبین و والدین کودک، نظارت ناکافی از سوی بزرگسالان، محیط‌های خطرناک، ساختمان‌های مسکونی در منطقه‌های شیب‌دار کوه‌ها و ساختمان‌های فقیر نشین در مناطق صخره‌ای، دسترسی کودکان به پله‌ها، نبود میله‌های محافظ پنجره، کمبود نور در ساختمان‌ها و خیابان‌ها،

کمبود دسترسی به امکانات و مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی.

۳. محصولات کودکان از جمله تخت‌خواب، روروک، کالسکه، صندلی کودک، میز تعویض

پوشک، تخت‌های تاشو، صندلی‌های چرخدار، دستگاه‌های ورزشی کودکان، پرش روی تشک فلزی و سقوط از تجهیزات بازی از قبیل اسکیت، تاب و دوچرخه می‌توانند باعث آسیب‌های ناشی از سقوط بویژه شکستگی‌های اندام‌های حرکتی و آسیب‌های ناحیه سر و گردن شوند. مشکل اصلی در رابطه با ایمنی روروک این است که به کودک این اجازه را می‌دهد که سریع‌تر و دورتر از میزان طبیعی برای کودکان در همین سن حرکت می‌کند. کودکانی که از روروک استفاده می‌کنند خودشان را به چیزها و جاهای خطرناک می‌رسانند، مانند اتاق‌های دیگر، طبقات پایین، بخاری، شومینه، سیم کتری برقی، دستگیره قابلمه، چاقو و چیزهای خطرناک دیگر... و چون شیرخوار ۶ تا ۱۵ ماهه از خطرات آگاهی ندارد به وسیله روروک در معرض خطر قرار می‌گیرد. درصد بیشتری از افتادن‌ها در ارتباط با پله‌ها است و تقریباً در تمامی حالات افتادن از پله‌ها، صدمات فوق العاده شدید بوده است. صدمات ناشی از افتادن از پله‌ها در حالتی که کودک در داخل روروک قرار دارد نسبت به حالتی که در روروک نیست بسیار جدی‌تر است. به دو دلیل، اول این که سرعت اولیه بیشتر است و دوم این که انرژی جنبشی به خاطر وزن روروک و کودک روی هم بیشتر است و صدمات جدی به جا می‌گذارد. همچنین هیچ مدرک علمی وجود ندارد که نشان دهد روروک به تکامل کودک کمک می‌کند. مطالعات نشان داده است روروک باعث دیر راه رفتن شیرخوار می‌شود. شیرخواری که از روروک استفاده نمی‌کند گرچه ممکن است حرکاتش برای راه رفتن در ابتدا ناصحیح باشد ولی چون حرکاتش را می‌بیند سعی در اصلاح آن می‌کند، اما در روروک گرچه حرکات صحیح و به سمت جلو است ولی چون از دید کودک پنهان است در میدان بینایی او ثبت نمی‌شود. بنابراین نمی‌تواند راه رفتنش را تقویت کند. تحقیقات پزشکی ثابت کرده است که نگه‌داشتن وزن بیشتر، زودتر از موعد روی مفاصل هیپ ممکن است به آن صدمه بزند.

۴. محیط‌های کار کودکان عامل خطر بزرگی برای سقوط آن‌ها هستند. کارهایی که

خارج از مهارت‌های رشد، قدرت بدنی و توان کاری کودکان است، خطرات ویژه‌ای برای کودکان کارگر در زمین‌های کشاورزی، سازه‌های صنعتی و مناطق باز ساختمانی، پله‌های بدون حفاظ، نردبان‌های بلند، گودال‌ها، چشمه‌ها، طویله‌ها، سیلواها و خندق‌های

عمیق ایجاد می کنند.

۵. کمبود درمان و توانبخشی، فاصله تا بیمارستان، هزینه های گران حمل و نقل، کمبود آگاهی والدین و سرپرستان کودکان در مورد اهمیت معاینات اولیه پس از سقوط، کمبود آگاهی والدین از روش های عمومی کمک های اولیه، کمبود آگاهی از طریق دسترسی به امکانات پزشکی با کیفیت بالا، تشخیص دیر هنگام خونریزی، مراقبت نامناسب از راه های هوایی، مدیریت ضعیف انتقال مصدومین، مراقبت نامناسب از ضربات حاد و عدم مراقبت های توانبخشی می تواند زنده ماندن کودک مصدوم یا امکان معلولیت او را تحت تأثیر قرار دهد. میزان مرگ های پیش بیمارستانی در نقاطی با دسترسی نامناسب به خدمات اورژانس و زمان های طولانی حمل مریض تا بیمارستان بسیار بالاتر است.

برای پیشگیری از سقوط کودکان چه باید کرد؟

۱. شناسایی، جایگزینی و یا تغییر محصولات مانند بازسازی و طراحی دوباره اسباب و



وسایل مراقبت از کودک، تجهیزات زمین بازی، تجهیزات ورزشی و مسابقه ای، صندلی چرخ دار و مکانیسم ترمز جدید در کالسکه کودک در پیشگیری از سقوط کودکان مؤثرند.

۲. تغییر محیط به گونه ای که برای کودکان بی خطر باشد. پنجره ها در ارتفاع مناسب از کف اتاق (۱۰۰-۱۲۰ سانتی متر) و طوری ساخته شوند که زیاد باز نشوند. بر روی پنجره ها قفل های ایمنی نصب شود و کلید این قفل ها در محل مطمئن

و دور از دسترس اطفال نگهداری شود. نصب محافظ پنجره اقدام مؤثری برای ارتقای ایمنی کودکان در همه سنین است ولی باید مطمئن بود که در آتش سوزی ها به راحتی باز می شود. صندلی یا چیزهایی که کودک می تواند از آن ها بالا رود نزدیک پنجره نباشند. پله ها مجهز به ترده باشند فاصله میله های عمودی بیش از ۶/۵ سانتی متر نباشد زیرا کودک خردسال می تواند از میان فاصله های بازتر عبور کرده و بیفتد یا این که سرش در لای میله ها گیر کند، لبه پله ها تیز و زاویه دار نباشد. راه پله ها کاملاً تمیز باشد و در

مسیر آن وسایل دست و پا گیر گذاشته نشود و از روشنایی کافی برخوردار باشد. حداقل ارتفاع مناسب برای پله ۱۸ سانتی‌متر و حداقل عرض آن نیز ۳۰ سانتی‌متر می‌باشد. در صورتی که از فرش یا موکت روی پله‌ها استفاده می‌شود، جهت جلوگیری از لغزندگی با بست‌های مخصوص محکم شوند. کودکان باید بدانند بازی کردن روی پله‌ها بویژه به صورت دسته جمعی بسیار خطرناک است.

۳. در منازل که از تنور استفاده می‌کنند تنور حتماً در پوش مناسب داشته باشد و در مواقع غیر ضروری بسته باشد تا مانع سقوط کودکان شود.

۴. هر چند وقت یک بار استحکام در و دیوارهای چاه‌های آب و فاضلاب کنترل شود.

۵. در مقابل در ورودی حمام موکتی پهن شود تا کودک به دلیل خیس بودن پایش، روی زمین سر نخورد.

۶. گهواره کودک به اندازه کافی گود باشد حداقل ارتفاع گهواره از روی تشک تا بالای آن ۵۰ سانتی‌متر باشد تا کودک نتواند از آن بیرون برود. زمانی که کودک شروع به بالا رفتن از گهواره کرد به تخت کودک منتقل شود. دو طرف تختخواب‌ها حفاظ داشته باشد. فاصله بین نرده‌های جلو و طرفین تخت از ۶ سانتی‌متر کمتر باشد. اگر فاصله بیشتر باشد، احتمال دارد سر کودک در بین نرده‌ها گیر کند. چهار گوشه تخت بررسی شود، اغلب ستون‌های تخت از سطح نرده بالاتر است. اگر این ستون‌ها خیلی بلند باشد، خطر گیر کردن گردن‌بند، لباس‌های یقه‌دار یا بند لباس کودک و در نتیجه آسیب رسیدن به او وجود دارد. بنابراین سر ستون تخت بیش از ۲ سانتی‌متر بلندتر از نرده‌ها نباشد. اگر در تختی این سر ستون‌ها بلندتر بود باید آن‌ها را کوتاه کرد. فاصله بین قاب تخت با تشک نباید بیش از قطر ۲ بند انگشت باشد. در غیر این صورت امکان دارد دست یا پای کودک بین تشک و تخت گیر کند. از قاب تخت و حتی در خارج آن چیزی آویزان نشود. البته آویختن چیزهایی در دو ماه اول بعد از تولد اشکالی ندارد ولی پس از آن می‌توانند خطرناک باشند چون ممکن است کودک با کمک آن‌ها از دیوار تخت بالا برود. وقتی کودک در تخت گذاشته می‌شود نرده‌ها در بالاترین محل خود ثابت شوند، چفت و قفل تخت باید کاملاً محکم و ایمن باشد. وقتی قد کودک از ۹۰ سانتی‌متر بلندتر شد، دیگر نباید در تخت کودک گذاشته شود چون قد او تقریباً در حد ارتفاع نرده‌های تخت است. وقتی کودک شروع به بالا رفتن از تخت کرد باید از این نوع تخت خارج شود.

تختخواب‌های تاشو برای کودکان کمتر از ۶ سال توصیه نمی‌شود. کودکان اجازه بازی روی تختخواب و رختخواب‌های روی هم چیده شده را نداشته باشند. مبل‌مان کودک یکی از منابع خطر ساز برای کودکان است زیرا اصول ایمنی در بسیاری از آن‌ها رعایت نشده است.

۷. اسباب‌بازی‌های کودکان در سطوح بالا قرار داده نشوند.

۸. استفاده از کلاه ایمنی به هنگام دوچرخه‌سواری، اسکیت و اسب سواری توصیه شود.

۹. آموزش والد به کودک درباره‌ی خطر سقوط اقدامی مؤثر در کاهش آسیب است.

۱۰. آموزش جامعه اگر همراه با روش‌های دیگر مانند وضع قوانین و مقررات و ایجاد تغییرات محیطی و تنظیم دستورالعمل‌های ایمنی و بهداشتی متناسب با موقعیت و شرایط کشورها به کار برده شود مؤثرتر خواهد بود.

ماتریس هادون سقوط

فاز	کودک	عوامل خطر	محیط فیزیکی	محیط اجتماعی- اقتصادی
قبل از حادثه	سن، جنس، مرحله فعالیت، معلولیت‌های قبلی	محصولات ناسالم، پشت بام بدون حفاظ، راه پله و بالکن بدون حفاظ، درخت، وسایل و تجهیزات غیر استاندارد	کمبود دسترسی به فضای بازی سالم و مناسب، کمبود وسایل حفاظتی مثل نرده‌ها و ریل‌های محافظ	فقر، تک‌والدی، اندازه خانواده، تحصیلات مادر، آگاهی والدین از خطرات، معلمان و پرستاران بچه
در حین حادثه	مرحله رشد فیزیکی کودک	کمبود وسایل حفاظتی و یا موانع جهت کاهش شدت جراحت در هنگام سقوط	ارتفاع سقوط، نوع سطحی که کودک بر روی آن سقوط می‌کند، سطوحی که تماس و اثر را کاهش دهند	کمبود آگاهی از جراحتهای بالقوه خطرناک مرتبط با سقوط مثل آسیب و ضربه مغزی
پس از حادثه	سلامت عمومی کودک، معلولیت، مشکلات بعد از جراحت	اجسام تیز و سایر وسایل خطرناک که باعث افزایش خطر جراحت و عفونت می‌شود	کمبود مراقبت‌های پیش بیمارستانی، مراقبت‌های حاد و توانبخشی	کمبود مهارت‌های کمک‌های اولیه، کمبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، کمبود منابع جهت مدیریت نتایج پس از جراحی

برای پیشگیری از سقوط در مراکز مراقبت از کودک چه باید کرد؟

افتادن و سقوط از بزرگترین دلایل آسیب کودکان در مراکز مراقبت از کودک و از شایع‌ترین آسیب‌هایی است که به مراقبت پزشکی نیاز دارد. اگرچه بسیاری از این آسیب‌ها کوچک و

سطحی و در حد بریدگی و خراشیدگی است، اما خیلی از این آسیب‌ها می‌توانند به خونریزی‌های وسیع، شکستگی استخوان و آسیب سر و چشم‌ها منجر شوند و گاه آنقدر شدید باشند که موجب مرگ کودک شوند. شایع‌ترین انواع سقوط کودکان که به بستری شدن در بیمارستان منجر می‌شوند افتادن از یک سطح بلندتر مانند افتادن از وسایل بازی، تختخواب، میز، صندلی و پله‌ها است.

اغلب آسیب‌های کشنده و شدید ناشی از سقوط از مکانی مرتفع مانند پشت بام یا پنجره است. مبلمان، محیط داخل و وسایل زمین بازی با آسیب‌های ناشی از افتادن و سقوط ارتباط دارند. کودکان در هر سنی در معرض افتادن و سقوط هستند و ممکن است به خودشان آسیب برسانند، نمی‌توان مانع حرکت و بازی کودکان شد اما می‌توان با نظارت دقیق و کنترل بیشتر محیط بازی کودک و آموزش رفتارهای مناسب خطر بروز آسیب‌ها را کاهش داد. یک نوزاد ممکن است تکان بخورد یا حرکت کند و از جایی بیفتد، جابجا شدن نوزادان روی میز تعویض پوشک می‌تواند یکی از دلایل افتادن آن‌ها باشد بویژه وقتی که بی توجه رها شده باشند. کودک شیرخوار می‌تواند بغلتد، سینه خیز برود و بیفتد. کودک نوپا ممکن است برای برداشتن اجسام دور از دسترس از جایی بالا برود و به زمین بیفتد. وسایل کمکی راه رفتن نوپایان مانند روروک، دلیل بروز بسیاری از آسیب‌های ناشی از افتادن و سقوط کودکان است. روروک در هیچ سن و سالی برای کودک توصیه نمی‌شود و استفاده از آن در مهد کودک‌ها ممنوع است.

ایمنی وسایل و محیط بازی

۱. از وسایلی برای بازی کودکان استفاده شود که سالم و کامل بوده و با نیازهای رشد و تکامل کودکان متناسب باشند.
۲. هنگام بازی از لباس راحت استفاده کنند.
۳. محیط مراقبت و بازی کودکان مطابق نیازهای حرکتی و تکاملی آن‌ها باشد.
۴. پس از اتمام بازی، اسباب بازی‌ها جمع شوند، لوازم اضافی از کف اتاق برداشته شوند و به سرعت همه جا مرتب شود.
۵. سطح زمین بازی، اطراف وسایل بازی و جایی که کودکان ممکن است بیفتند نرم و صاف باشد و از موادی مانند شن، خاک اره، لاستیک، تشک‌های ضربه‌گیر یا قطعات چوبی بهم پیوسته پوشانده شود. سطوح سفت و ناهموار برای بازی کودکان مناسب نیست. سطح

- زیر آسیاب بازی هایی مانند الاکلنگ، تاب و سرسره باید از مواد ضربه گیر باشد.
۶. سطح زمین بازی، از نظر ترک ها، لبه های تیز، اشیای اضافی و چگونگی اتصال وسایل بازی به زمین و نقاط ضعف دیگر بررسی شود.
۷. برای صندلی تاب از مواد نرم و قابل انعطاف بجای چوب و فلز استفاده شود.
۸. وضع زنجیرها، نوارها و سایر ساخت های حفاظی تاب بررسی شود. فاصله بین پرچین و تاب مناسب باشد.
۹. وضعیت پله ها و نردبان سرسره بررسی شود. سرسره ها در چند ارتفاع ساخته شوند تا برای هر سنی مناسب باشند.
۱۰. بچه های بد رفتار از بازی خارج شوند و به آن ها توضیح داده شود که با رفتارشان می توانند به دیگران آسیب برسانند. به آن ها آموزش داده شود که چگونه بازی های ایمن انجام دهند و به اجرای قوانین بازی تشویق شوند.
۱۱. پایین و بالا و کناره های پله ها نرده داشته باشد و وسایل اضافه روی پله ها نباشد.
۱۲. پنجره ها محکم بسته شوند و قفل باشند و پنجره های باز محافظ داشته باشند. تخت، صندلی و سایر اثاث کودک دور از پنجره قرار گیرند.
۱۳. روی کف اتاق و راه پله واکس مالیده نشود.
۱۴. فرش و گلیم و قالیچه های لغزنده جمع شوند و یا بی حرکت باشند. تمام موکت ها به زمین چسبیده باشند.
۱۵. مبیل های با دوام و مناسبی استفاده شوند که به آسانی واژگون نشوند.

رفتارهای ایمن هنگام تاب بازی

۱. همیشه در وسط تاب بنشینند، هرگز روی تاب نایستند و یا زانو تزنند.
۲. هر دو طناب تاب را بگیرند.
۳. پیش از بلند شدن از روی تاب فرصت بدهند تاب کاملاً بایستد.
۴. کنار تاب در حال حرکت نایستند. هنگامی که کودکان دیگر مشغول تاب بازی هستند در پشت یا جلوی تاب بازی نکنند.



۵. در یک زمان تنها یک نفر روی تاب بنشیند و بازی کند.
۶. تاب خالی را حرکت ندهند و یا زنجیر تاب را نپیچانند.
۷. سر و پاهایشان را از زنجیرهای تاب دور نگه دارند.

رفتارهای ایمن سرسره‌بازی



۱. هنگام بالا رفتن با هر دو دست نرده‌های آن را بگیرند.
۲. هنگام سر خوردن مطمئن شوند کسی جلوی آن‌ها نیست.
۳. همیشه با پا و نه با سر از سرسره پایین بیایند.
۴. از سطح شیب‌دار سرسره بالا نروند.
۵. اول پاهایشان را خارج کنند و سپس بلند شوند.
۶. پس از سر خوردن، سریع از کنار سرسره کنار بروند.

در صورتی که کودکی سقوط کرد چه باید کرد؟

افتادن و زمین خوردن کودکان در بیشتر موارد خیلی جدی نیست ولی ممکن است کودکان در اثر سقوط دچار آسیب‌هایی از قبیل خراشیدگی، بریدگی، کوفتگی، شکستگی اندام‌ها، آسیب‌های سر، آسیب‌های طناب نخاعی و آسیب‌های قفسه سینه یا محوطه شکمی شوند. آسیب‌ها و صدمات وارد شده به سر در دوران کودکی خیلی معمول است خوشبختانه اکثر این صدمات جزئی و کوچک هستند. ولی بعضی موارد سقوط از بلندی می‌تواند موجب صدمات خیلی شدید مانند ضربه مغزی شود.

اقدامات درمانی به هنگام صدمات سر

وقتی کودکی می‌افتد ممکن است به سرش ضربه وارد شود. از آنجا که بیشتر ضربه‌های سر خفیف است، باید از نشانه‌ها و ناراحتی‌های آسیب‌های جدی آگاهی کافی داشت تا در صورت وقوع چنین حالاتی اقدامات درمانی با سرعت انجام پذیرد. کودک اغلب پس از ضربه به سر حدود ۱۰ دقیقه گریه می‌کند. بعد از مدت کوتاهی ممکن است یک برآمدگی روی سر و اغلب

روی پستانی بوجود آید. روز بعد یا دو روز بعد جای ضربه تیره تر شده و معمولاً طی مدت یک هفته کم کم بی رنگ و ناپدید می گردد. تعدادی از کودکان بعد از صدمه سر جزئی کمی می خوابند و ممکن است حتی یک یا دو بار استفراغ کنند. این یک عکس العمل مشترک است و همیشه دلیل داشتن یک مشکل جدی نیست.

• اگر پوست صدمه دیده است، با آرامی محل خراش یا ساییدگی با آب گرم و صابون شستشو شود. اگر بدن کودک پارگی همراه با خونریزی دارد، محل خونریزی یا استفاده از پک دستمال یا گاز پانسمان بطور محکم تحت فشار قرار گیرد تا زمانی که خونریزی متوقف شود. اگر پارگی همراه با فاصله بین لبه های زخم وجود داشته باشد نیازمند مداخله پزشکی است.

• در صورتی که پس از سقوط یک برجستگی یا تورم روی سر کودک ایجاد شود، نشانه خون مردگی است و برای مراقبت از آن روی قسمت جراحت دیده یک بسته یخ که در پارچه یا حوله ای پیچیده شده است نگه داشته شود. این عمل سبب کاهش درد و نیز پیشگیری از بیشتر شدن همانوم زیر جلدی خواهد شد.

• در صورتی که کودک برای تسکین درد، نیازمند دارو باشد یک دوز استامینوفن به او داده شود.

• لازم است کودک تحت نظر باشد ولی اگر خواب است نیازی به بیدار نگه داشتن او نیست ولی هر ۴ ساعت رفتار کودک به صورت زیر ارزیابی شود:

• آیا تماس جسمی خوبی دارد و چشم هایش تطابق دارد؟ (ظاهر هر دو یکی است، انحراف ندارد و حرکت یکسانی دارند).

• اگر راه رفتن را یاد گرفته است آیا می تواند بطور طبیعی راه برود؟

• اگر حرف زدن بلد است آیا می تواند بطور طبیعی حرف بزند؟

• تعدادی سؤال از کودک پرسیده شود و جواب های او ارزیابی شود.

• آیا مردمک های چشم کودک (نقطه تیره رنگ مرکز چشم ها) سایز طبیعی دارند؟

• با تاباندن نور چراغ قوه به داخل چشم ها مردمک ها بطور هم اندازه منعکس می شوند؟

• اگر در مورد سؤالات پرسیده شده نگرانی وجود دارد یا پزشک تماس گرفته شود.

• معمولاً از طریق پیگیری های روزانه کودک دوباره بهبودی اش را بدست خواهد آورد

اما در قسمت سرش یک مقدار کبودی خواهد داشت. بعضی اوقات نیاز است کودک

بیشتر تحت نظر باشد.

زمانی که نیاز به حضور پزشک است:

- اگر پارگی همراه با ایجاد فاصله بین لبه‌های زخم باشد.
- هر کودک زیر ۲ سال پس از سقوط در صورتی که نشانه‌هایی از جراحت یا آسیب مجمله داشته باشد (یک خراش، یک کبودی در اثر ضربه، یک تورم یا یک پارگی) بایستی با یک پزشک متخصص مشورت شود.
- کودک بیش از ۲ بار استفراغ کند.
- کودک هوشیار نباشد و یا با مشکل از خواب بیدار شود.
- کودک پس از سقوط دچار سر درد شود که به مدت چند ساعت ادامه داشته باشد یا با شدت افزایش یابد.
- کودکان بزرگتر، اگر رفتار، راه رفتن و صحبت کردن غیر طبیعی داشته باشند، گیج به نظر برسند، مشکل در راه رفتن یا لنگ زدن یا داشته باشند باید فوراً تحت نظر مراقبت‌های پزشکی قرار گیرند.
- مردمک‌های چشم کودک از نظر اندازه یکسان نباشند.
- دید کودک تیره یا کدر شده و یا دچار دوبینی شده باشد.
- کودک اثراتی از ایرادگیری، زود رنجی و ناسازگاری از خود نشان دهد. در بیشتر کودکان پس از یک جراحی جزیی سرگرمی کردن بیش از ۱۰ دقیقه طول نمی‌کشد.
- کودک خونریزی داشته یا مایع آبکی از یک گوش یا هر دو گوش و یا بینی خارج شود.
- کودکانی که بیماری دارند و یا سابقه یک مشکل مغزی قبلی دارند.
- اگر کودک پس از چند روز پیگیری، به آسانی تعادلش را از دست بدهد و غیرطبیعی به نظر برسد، یا نسبت به اسباب بازی‌های مورد علاقه و فعالیت‌های روزمره‌اش بی‌توجه شود و هیچ تمایلی از خود نشان ندهد و یا اگر در انجام تکالیف مدرسه وضعیت خوبی نداشته باشد.
- کودکانی که مشکل انعقاد خون دارند.
- کودک تشنج کند.

عواملی که خطر صدمات مغزی ناشی از سقوط را بیشتر می کنند:

- کودکان ۲ ساله و کمتر مخصوصاً آنهایی که در سال اول زندگی هستند. (کودکان کم سن تر بیشتر در معرض خطر صدمات مغزی هستند).
- افتادن از ارتفاع ۳ فوت (۹۰ سانتی متر) یا بلندتر
- سقوط بر روی سطوح سخت و زیر
- ضربات ناشی از تکان های ناگهانی بر روی گیجگاه یا پشت سر احتمال آسیب لایه زیرین را بیشتر می کند.
- کودکان با مشکلات انعقاد خون
- کودکان با مشکلات مغزی قبلی

اقدامات درمانی به هنگام صدمات ستون فقرات، گردن و پشت بدن

در کودک صدمه دیده که ممکن است به گردن یا ستون فقرات او آسیب وارد شده باشد احتیاط های لازم بکار گرفته شود تا از آسیب رساندن به طناب نخاعی پیشگیری شود. همراهی نرومای سر و صدمات طناب نخاعی شایع است مگر این که با بررسی های تصویر برداری عدم وجود هر یک تأیید شود.

- باید سر و گردن بی حرکت باشد. راه هوایی او را بررسی کنید. باید سر و گردن طوری نگه داشته شود که راه هوایی باز باشد.
- اگر کودک بی هوش است تنفس او را بررسی کنید. اگر بخوبی نفس نمی کشد راه های هوایی او را بررسی کنید، سر و گردن طوری نگه داشته شود که راه هوایی باز باشد.
- پس از سقوط اگر کودک هوشیار است با او صحبت کنید تا زمانی که سر، گردن و پشتش به حالت ثابت در آید، خودش را تکان ندهد.
- اگر حرکت کودک حادثه دیده اجباری است به حالت خوابیده طوری حرکت داده شود تا سر و گردن و ستون فقرات در یک خط مستقیم باشد.
- کمک بخواهید، حرکت دادن ایمن کودک یا این روش نیازمند کمک حداقل ۲ نفر دیگر است. برای حمل کودک نیاز به یک برانکار یا یک تخت سفت می باشد، برانکار به موازات کودک صدمه دیده قرار داده شود و کودک به حالت غلتاندن بر روی برانکار قرار گیرد. یک نفر نیاز است که سر و گردن را ثابت نگه دارد و به دیگر افراد کمک کننده فرمان دهد تا

همه حرکات هماهنگ داشته باشند. کودک با تواری به برانکار بسته شود.

کمک‌های فوری به کودکی که سقوط کرده است:

۱. در صورت قطع تنفس کودک تنفس دهان به دهان داده شود.
۲. در صورتی که صدمه شدید به کودک وارد شده باشد و وضع خوبی نداشته باشد، به مرکز فوریت‌های پزشکی اطلاع داده شود.
۳. در صورت شکستگی اندام یا صدمه خیلی شدید به شکم، کودک تکان داده نشود.
۴. اگر کودک بیهوش شده است به آرامی در وضعیت بهبودی قرار گیرد.
۵. در صورت شکستگی طبق دستورات عمل شود.

نکات کلیدی پیشگیری از سقوط:

۱. بازی‌ها را ایمن کنید. بررسی کنید تا اطمینان یابید وسایل زمین بازی که کودکان استفاده می‌کنند به درستی طراحی و نگهداری می‌شوند و با یک سطح نرم و امن پوشانده شده است.
۲. خانه خود را ایمن کنید. در خانه از وسایل ایمن، مانند حفاظ پنجره‌ها و در ورودی پلکان استفاده کنید. این وسایل می‌توانند کودکان را از آسیب‌های خطرناک دور نگه دارند.
۳. ورزش‌ها را ایمن کنید. مطمئن شوید که کودکان هنگام ورزش و بازی‌های پر جنب و جوش مانند اسکیت، پوشش‌های محافظتی مانند مچ بند، پدهای زانو و آرنج و کلاه ایمنی می‌پوشند.
۴. نظارت کامل داشته باشید. در خانه یا بیرون از خانه و همیشه، کودکان خردسال را در مکان‌هایی که خطر سقوط وجود دارد، مانند پله‌ها و زمین بازی، تحت نظارت کامل داشته باشید.



مسمومیت

مسمومیت

هنگامی که کودکان مهارت‌های جدید کسب می‌کنند در معرض خطرات جدید قرار می‌گیرند. کودکان کنجکاو هستند و هر چیزی را حتی اگر مزه خوبی نداشته باشد به دهان گذاشته و می‌خورند. شدت مسمومیت به میزان و ماهیت ماده سمی، عوامل خطر و راه‌های پیشگیری از مسمومیت و کاهش عواقب آن، بستگی دارد. سم‌ها ممکن است بلعیده شده، استنشاق شده، تزریق یا جذب شوند. خوردن غیر عمدی مواد سمی در گروه کودکان ۵-۱ سال بسیار شایع است و نشانه کنجکاوی کودک خردسال و بی‌دقتی بزرگسالان در قرار دادن داروها و مواد شیمیایی خانگی در دسترس کودکان است. شناخت نحوه مسمومیت برای پیشگیری از مسمومیت غیر عمدی کودکان و کاهش خطر آن مفید است. اغلب مسمومیت‌ها با تغییر محیط، آموزش و نظارت بر کودکان قابل پیشگیری هستند.

تعریف مسمومیت

اختلالات و آسیب‌هایی است که توسط مواد سمی در دستگاه‌های مختلف بدن بوجود می‌آید. باید بدانیم علاوه بر موادی که ذاتاً برای بدن زیان‌آور هستند عناصر مفید برای بدن نیز در صورت مصرف بیش از حد و نادرست تبدیل به مواد مسموم‌کننده و زیان‌آور می‌شوند.

اپیدمیولوژی مسمومیت

نسبت مرگ جهانی ناشی از مسمومیت برای کودکان زیر ۲۰ سال، ۱/۸ در هر ۱۰۰ هزار نفر است. برای کشورهای پردرآمد این میزان ۰/۵ در هر ۱۰۰ هزار نفر و برای کشورهای متوسط و

کم درآمد چهار برابر بیشتر یعنی دو در هر ۱۰۰ هزار نفر است. در بین کودکان ۱ تا ۱۴ سال، مسمومیت در رده چهارم بعد از سوانح جاده‌ای، آتش سوزی و غرق شدگی است و در بین ۱۵-۱۹ ساله‌ها مسمومیت به عنوان سیزدهمین علت اصلی مرگ و میر می‌باشد. در کشور ما بر اساس نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه از سال ۱۳۸۶-۱۳۸۹ بطور متوسط ۷٪ از موارد فوت ناشی از حوادث و سوانح غیرعمدی در کودکان به دلیل مسمومیت بوده است.

ارتباط مسمومیت با سن

مسمومیت ارتباط قوی با سن دارد. کودکان زیر ۵ سال بیش از سایر کودکان در معرض خطر مسمومیت قرار دارند. نسبت‌های مرگ و میر در نوزادان در بیشترین حد است و با افزایش سن تا ۱۴ سالگی کاهش می‌یابد، بعد از آن دوباره در کودکان ۱۵ سال به بالا افزایش می‌یابد. نوزادان و کودکان خردسال نسبت به بچه‌های بزرگ‌تر به زمین نزدیک‌ترند و اشیای کوچک را به دهان می‌گذارند در نتیجه در معرض خطر بالای مجاورت با سموم باقیمانده در خاک یا گرد و غبار کف اتاق‌ها مانند مرگ موش‌ها و حشره‌کش‌ها هستند. مسمومیت غیر مهلک در بین کودکان یک تا چهار ساله بسیار متداول است. میزان مسمومیت کودکان به طور قابل توجهی در حدود دو سالگی افزایش می‌یابد. در کشورهای با درآمد متوسط و کم درآمد، کودکان زیر یکسال با بیشترین میزان مسمومیت مرگبار روبرو هستند.

ارتباط مسمومیت با جنس

در تمامی مناطق جهان پسران بیشتر از دختران مسموم می‌شوند.

بار اقتصادی مسمومیت چقدر است؟

به طور میانگین هزینه هر مورد مسمومیت شامل هزینه‌های پزشکی، از دست دادن درآمد و کیفیت زندگی معادل ۱۷۸۰ دلار آمریکا است.

محل‌های شایع مسمومیت کودکان

بیشتر مسمومیت‌ها در کودکان کم سن و سال در خانه، در حالی که والدین و مراقبان در خانه بوده و مشغول به کاری بودند اتفاق می‌افتد. اگر مواد مسمومیت‌زا در محل مناسب نباشند و

در معرض دید و در دسترس کودکان باشند، مسمومیت در هر جایی از خانه یا مرکز مراقبت از کودک ممکن است اتفاق بیفتد. عمده‌ترین مسمومیت‌ها در آشپزخانه، حمام و یا اتاق خواب و حتی جلوی چشمان مادر یا مراقب اتفاق می‌افتد.

چه موادی در کودکان ایجاد مسمومیت می‌کنند؟

- داروها، داروهایی که از سوی پزشک تجویز می‌شوند و همچنین داروهایی که ممکن است بدون نسخه تهیه شوند مانند اسپرین، استامینوفن، داروهای سرماخوردگی، ضد سرفه‌ها، ویتامین‌ها و قرص‌های آهن می‌توانند در کودکان عارضه ایجاد کنند.

- در صورت مصرف بیش از اندازه ویتامین‌ها، آهن و استامینوفن توسط کودک، خطر مرگ وجود دارد. ویتامین‌ها بخصوص ویتامین‌های A و D چون محلول در چربی هستند اگر بیش از حد و به مدت طولانی مصرف شوند پس از اشباع در بافت ایجاد مسمومیت می‌کنند. مسمومیت با ویتامین A علائمی از قبیل سردرد، خشکی و پوسته پوسته شدن پوست، دردهای عضلانی و استخوانی ایجاد می‌کند. عوارض مسمومیت با ویتامین D مربوط به جذب کلسیم است. ضعف، خستگی، سردرد، تهوع، استفراغ و دردهای شدید شکمی از شکایات و علائم احتمالی این عارضه‌اند. مسمومیت با آهن یکی از خطرناک‌ترین مسمومیت‌های گروه ویتامین‌ها و مواد معدنی ضروری در کودکان است. علائم اولیه مسمومیت با آهن غیراختصاصی است و شامل تهوع و استفراغ، اسهال و درد شکم است، کودکان کوچکتر ممکن است در عرض چند ساعت دچار نارسایی کبد شده و بمیرند.

- بیشتر داروهای ضد سرفه حاوی ماده دکسترومتورفان هستند، مصرف زیاد این ماده شخص را خواب‌آلود و گیج می‌کند. مصرف زیاد داروهای ضد احتقان یا دکونژستان از طریق انقباض عروق عوارضی مانند افزایش فشار خون، بی‌قراری، تشنج و تپش قلب ایجاد می‌کنند. مصرف زیاد آنتی‌هیستامین‌ها می‌تواند ناراحتی‌های خونی، تشنج، توهم، تاری دید و تپش قلب ایجاد کند.

- مسکن‌ها مانند استامینوفن، اسپرین، ایبوپروفن، ضددردهای مخدر می‌توانند در کودکان ایجاد مسمومیت کنند. اگر استامینوفن زیاد مصرف شود کبد آسیب می‌بیند و در موارد

نادری به مرگ می‌انجامد (برای کودک یکساله ۱۰ تا ۲۰ قرص استامینوفن کودکان و یا ۵ قرص بزرگسال سمی است). درمان در صورتی مؤثر خواهد بود که در عرض ۸ تا ۱۰ ساعت اولیه اعمال شود. مسمومیت خفیف با آسپرین سبب احساس وزوز در گوش‌ها، استفراغ و اسهال می‌شود. مسمومیت شدید به تشنج، اغما و حتی مرگ می‌انجامد. ایوپروفن یک داروی ضد درد پر قدرت است. کودک کمی پس از مصرف بیش از حد دچار تحریک معده می‌شود. علائم تنفسی، تشنج و اغما به دنبال مسمومیت‌های شدید با بروفن دیده شده است. ضد دردهای مخدر (نارکوتیک‌ها) برای بزرگسالان به خصوص بیماران مبتلا به دردهای مزمن و بعد از اعمال جراحی و تنها پس از تجویز پزشک باید استفاده شوند. مصرف این داروها بر روی تمام اعضای بدن تأثیر تخدیر کننده دارد. نارکوتیک‌ها در بدن کودکان، آهسته‌تر از بدن بزرگسالان تجزیه می‌شود، بنابراین سم آن نیز مدت طولانی‌تری بر بدن تأثیر می‌گذارد. کاهش سرعت تنفس، سرگیجه، خواب‌الودگی مفرط و کوچک شدن مردمک‌های چشم شایع‌ترین علائم مسمومیت با این داروها است.

• محصولات شوینده و پاک‌کننده (مانند پاک‌کننده‌های اجاق گاز، دستشویی، حمام، براق‌کننده‌های مبل، صابون‌های رختشویی، مواد پاک‌کننده معمولی، زمین‌شوی، وسایل تمیز کننده ماشین و محصولات باغبانی، بسیاری از پاک‌کننده‌های خانگی، روغن‌های جلا دهنده مبلمان) و مواد نفتی حاوی هیدروکربن هستند. از این دسته می‌توان به واکس‌های مبل، مواد پاک‌کننده روغنی نظیر روغن جلا، نفت چراغ، بنزین، گازوئیل و تینر اشاره کرد. مسمومیت با این دسته از مواد در کودکان عموماً از نوع خوراکی است که علاوه بر عوارض و اثرات عمومی در مواردی به طور موضعی نیز سبب آسیب مخاط دهان، مری و معده می‌شوند.

• گیاهان سمی در صورت تماس با کودکان و یا خورده شدن توسط آن‌ها، معمولاً علائم جلدی، تهوع، استفراغ و اسهال ایجاد می‌کنند. گیاهی مانند گزنه که در حیاط، باغ‌ها، کنار رودخانه، تهرها و زمین‌های بازی می‌روید، معمولاً بعد از تماس، علائم جلدی، تهوع، استفراغ و اسهال می‌دهد. تماس پوست با آن باعث فرو رفتن هزاران سوزن بسیار کوچک موجود روی برگ گیاه و تزریق ماده سمی آن به درون پوست شده که التهاب‌های پوستی ایجاد می‌کند. روغن این گیاه باعث تحریک پوست و ظهور دانه‌هایی روی آن و خارش

شدید می‌شود، واکنش به این گیاه بسیار سریع و در زمان تماس بروز می‌کند. کودکانی که هنگام بازی روی زمین می‌غلطند ممکن است از چند ناحیه دچار واکنش پوستی شوند. ناراحتی‌های پوستی ناشی از این گیاه از فردی به فرد دیگر منتقل نمی‌شود. گیاهان زیادی مانند گزنه ایجاد التهاب‌های پوستی می‌کنند و این علائم را بروز می‌دهند.

• برخی مواد آرایشی، رنگ‌های نقاشی حاوی سرب و اسباب‌بازی‌هایی که با رنگ‌های غیر استاندارد رنگ‌آمیزی شده‌اند، کودکان را در معرض مسمومیت با سرب قرار می‌دهند. در خانه‌های قدیمی که رنگ‌های آن پوسته شده است، این پوسته‌ها جدا شده و به صورت غبار در می‌آید و باعث الودگی کودکانی که در داخل خانه بازی می‌کنند، می‌شود. سال‌ها است که استفاده از این رنگ‌ها ممنوع شده است اما هنوز هم خطر باقی است حتی اگر لایه‌های رویی رنگی که بعداً زده شده است سرب نداشته باشد، ممکن است با پوسته پوسته شدن این لایه جدید لایه‌های زیرین حاوی سرب ظاهر شود و باعث مسمومیت با سرب شود.

راه‌های ایجاد مسمومیت

- **مسمومیت گوارشی** با خوردن یا نوشیدن ماده سمی ایجاد می‌شود. بیشترین مسمومیت‌های کودکان از راه خوردن مواد سمی ایجاد می‌شوند.
- **مسمومیت پوستی** زمانی اتفاق می‌افتد که مواد سمی مانند آفت‌کش‌ها و گیاهان آغشته به آن‌ها با پوست و یا چشم کودکان تماس پیدا کنند. در این صورت ماده سمی از طریق پوست یا مخاط وارد جریان خون می‌شود.
- **مسمومیت استنشاقی** زمانی ایجاد می‌شود که کودک مواد سمی مانند مونواکسید کربن، آفت‌کش‌ها، انواع خاصی از فلزات و یا گرد و غبار و مواد حاوی سرب را تنفس کند. در این موارد ترکیبات مذکور در ریه‌ها دچار تغییر شده و وارد جریان خون می‌شوند.
- **مسمومیت در اثر نیش حشرات و حیوانات** می‌تواند سبب وقوع واکنش‌های آلرژیک شود. این مواد بسیار سمی بوده و گاهی متجر به مرگ می‌شوند.
- **مسمومیت در اثر تزریق بیش از اندازه هر ماده‌ای** به کودک می‌تواند ایجاد شود. گاهی تزریقات سبب مواجهه کودک با HIV، هپاتیت B و یا سایر عفونت‌ها می‌شود.

عوامل خطر ساز مسمومیت کدامند؟

خطر مسمومیت کودک تحت تأثیر عوامل مرتبط با کودک، دارو و محیط است. این عوامل با هم مرتبط هستند و به محیط زندگی کودک بستگی دارند.

- کودکان خردسال نسبت به بزرگترها و پسران بیشتر از دختران در معرض خطر مسمومیت و عوارض آن هستند.

- ارتباط قوی بین وضعیت اجتماعی اقتصادی کودکان با آسیب‌ها و مرگ‌های ناشی از مسمومیت وجود دارد. شرایط اجتماعی اقتصادی پایین، باورها و آداب و رسوم محلی، ذخیره و نگهداری کنترل نشده زباله‌های آفت‌کش در نزدیکی خانه‌ها و منابع آبی، کودکان را بویژه در خانواده‌های فقیر در معرض مسمومیت قرار می‌دهند. همچنین خانواده‌های فقیر کودکان بیشتری دارند و به همان نسبت کار بیشتری در منزل دارند و در چنین شرایطی نظارت کمتری بر کودکان دارند. در کشورهای با درآمد متوسط و کم درآمد داروهای پزشکی علت اصلی مسمومیت‌های غیرمهلک کودکان هستند.

- بلعیدن و خوردن سوخت‌های هیدروکربنی مورد استفاده برای پخت و پز، گرمایش یا روشنایی علت معمول مسمومیت کودکان می‌باشد. روغن پارافین، خوردن غیرعمدی سوخت‌های آلی و حلال‌ها و استنشاق مواد فرار توسط کودکان بزرگتر منجر به مرگ ناگهانی می‌شود. هیدروکربن‌های استنشاقی حدود ۱۴۰ مرتبه بیشتر از موقعی که خورده می‌شوند سمی هستند. البته این مسمومیت دستگاه تنفسی را بیش از هر جای دیگر بدن مورد تأثیر قرار می‌دهد.

- نادیده گرفتن خطر مواد شیمیایی، والدین جوان، ازدحام در خانه، نظارت کمتر بزرگترها، بسته بندی غیر اصولی و توزیع داروها و دیگر مواد سمی در بسته‌ها و ظروفی که دارای قفل کودک نیستند، سهولت دسترسی کودکان به آن‌ها و در نتیجه مسمومیت را افزایش می‌دهند.

- مسمومیت با مونواکسید کربن در بین کودکان عمدتاً از وسایل نقلیه، اجاق‌ها، لوله‌های گاز و ژنراتورها ایجاد می‌شود. مونواکسید کربن به دلیل این که دیده نمی‌شود و دارای بو و طعم خاصی نیست، خطرناک است. آتش‌های پخت و پز در صورت اشتعال ناکامل

در خانه‌های با تهویه ناکافی می‌تواند منجر به تولید مونواکسید کربن شود، که به جای مسمومیت حاد می‌تواند به بیماری تنفسی ناشی از مجاورت طولانی مدت با مونواکسید کربن منجر شود و نشانه‌هایی مانند آنفلوانزا ایجاد کند.

• ویژگی‌هایی از قبیل سایز، رنگ و بافت ماده شیمیایی ممکن است کودک را از به دست گرفتن و خوردن این مواد منع کرده یا جذب کند. مایعات نسبت به جامدات، مایعات شفاف نسبت به مایعات رنگی غیر شفاف، اجزای جامد کوچک نسبت به بزرگ‌ترها، جذابیت بیشتری برای کودکان خردسال دارند و راحت‌تر خورده می‌شوند. بکار بردن رنگ‌های روشن در داروهای جامد ممکن است آن‌ها را برای کودکان جذاب سازد.

• وجود مواد سمی مانند پارافین، آفت‌کش‌ها، مواد شیمیایی خانگی، داروهای موضعی حاوی سرب و سموم گیاهی در ظرف‌های بدون قفل کودک در محیط خانه و در دسترس کودک از عوامل خطر ساز خوردن آن ماده سمی است.

• تابستان پرخطرترین زمان برای خوردن داروها، پارافین و فسفات‌های آلی و نیز نیش حشرات و مارها می‌باشد. زهر حیواناتی از قبیل مارها، رتیل‌ها، عقرب‌ها و حشرات از دیگر عوامل خطر ساز مسمومیت کودکان می‌باشد. در زمستان مسمومیت با مونواکسید کربن و مسمومیت با داروهای سرماخوردگی یا ضد سرفه که اغلب بی‌ضرر تلقی می‌شوند شایع‌تر است.

برای پیشگیری از مسمومیت چه باید کرد؟

بیشتر مسمومیت‌ها قابل پیشگیری هستند. روش‌های پیشگیری از مسمومیت شامل تغییر محیط، آموزش و نظارت بر کودکان است.

• مؤثرترین روش برای پیشگیری از تماس کودکان با سموم، زدودن خود سم است. جایگزین کردن داروهای بالقوه سمی با مواد یا سمیت کمتر، مانند جایگزین کردن بنزودیازپین‌ها به جای باریتورات‌ها، استامینوفن به جای آسپرین، اختصاص سوپسیدهای خاص برای توزیع آفت‌کش‌های ایمن و توزیع آفت‌کش‌های آلی تحت یک سیستم مدیریت دقیق، می‌تواند از تماس کودکان با سموم پیشگیری کند.

• آموزش نحوه پیشگیری از مسمومیت، عامل مؤثری در برنامه‌های پیشگیرانه است، اما برنامه‌های آموزشی به تنهایی تأثیر زیادی در پیشگیری از مسمومیت کودکان ندارد. آموزش والدین و مراقبان در زمینه خطرات مواد مضر و نحوه مقابله با آن‌ها، قانونگذاری به منظور عدم استفاده از ظروف نامناسب برای نگهداری مواد خطرناک، بسته‌بندی مواد مضر بطوری که دور از دسترس کودکان باشند، بازدیدهای خانگی توسط مراقبان بهداشتی در تقویت اثربخشی پیام‌های آموزشی مؤثر است.

• بسته‌بندی‌های قفل‌دار یکی از بهترین موفقیت‌ها در پیشگیری از مسمومیت‌های غیر عمدی کودکان است. تأثیر مثبت بسته‌بندی‌های قفل‌دار برای داروها، سوخت‌ها، مواد شیمیایی و آفت‌کش‌ها به اثبات رسیده است. برای پیشگیری از مسمومیت مرگبار کودکان با داروهای بدون نسخه، بسته‌بندی قفل‌دار باید برای تمامی داروهای بدون نسخه الزامی شود. توزیع آزاد و گسترده ظروف با بست و قفل کودک، در پیشگیری از مسمومیت‌های غیر عمدی کودکان مؤثر است. تست استاندارد درهای قفل کودک که در بیشتر کشورها اتخاذ شده است چنین است که حداقل ۸۵ درصد کودکان ۴۲ تا ۵۱ ماهه نباید قادر به باز کردن ظرف در عرض ۵ دقیقه باشند و حداقل ۸۰ درصد آن‌ها باید در باز کردن ظرف بدون توضیح شفاهی ناتوان باشند. البته هیچ بسته‌بندی در برابر کودکان مصون نیست، در این تست‌ها ممکن است ۲۰ درصد کودکان ۴۲ تا ۵۱ ماهه قادر به باز کردن در بسته با قفل کودک باشند. والدین باید بدانند که ممکن است کودک خردسالشان قادر به باز کردن درب چنین ظرف‌هایی باشد لذا وجود قفل‌های ضد کودک نباید از نظارت والدین بکاهد.

• اثر بخشی احتمالی برچسب‌های هشدار دهنده تابع درک آن‌ها توسط مخاطبان است. چسباندن برچسب‌های هشدار دهنده روی ظروف داروها و مواد مضر، بر روی کودکان در معرض خطر زیر ۶ سال هیچ تأثیر قابل توجهی نشان نداده است. حتی گفته شده است که در برخی موارد برچسب‌های هشدار دهنده ممکن است کودکان را جذب کند.

• وضع و اعمال قوانین حمایتی از قبیل نگهداری مواد سمی در جعبه‌های قفل‌دار، برچسب واضح و مناسب نگهداری در مکان‌هایی که در دسترس کودکان یا نزدیک مواد غذایی نباشد، وضع استانداردها و قوانینی برای تولید، نگهداری، توزیع و دورریزی مواد سمی،

وضع قوانینی در مورد بسته‌بندی با قفل کودک برای داروها، حشره‌کش‌ها، مرگ موش‌ها و مواد سمی خانگی می‌تواند از تماس کودکان با سموم پیشگیری کند.



• نگهداری سموم در خانه به یک محل مطمئن و ایمن، جایی که کودکان به آن دسترسی نداشته باشند، نیاز دارد. همچنین محل نگهداری محصولات خانگی خطرناک باید از محل نگهداری مواد غذایی مجزا باشد. داروها، کیف لوازم بهداشتی و آرایشی در جایی امن و دور از دسترس کودکان نگهداری شوند. غذاها در ظرف‌های درباز نگهداری نشوند. غذای باقیمانده در ظرف تمیز و در یخچال نگهداری شود. هنگامی که از غذای نگهداری شده در یخچال یا فریزر استفاده می‌شود باید به مقدار مصرف گرم شود و از برگرداندن باقی‌مانده غذا

به یخچال و فریزر خودداری شود. هیچ غذایی بیشتر از تاریخ مصرفش نگهداری نشود. گیاهان چه سمی و چه غیرسمی از دسترس کودکان دور نگه‌داشته شوند.



• پیش از خرید منزل یا رنگ‌آمیزی منزل باید از وضعیت سرب رنگ‌های ساختمان مطلع شد. هنگام تعمیرات اساسی منازل قدیمی مقادیر زیادی سرب در خانه منتشر می‌شود. در صورت تراشیدن رنگ‌ها ترتیبی داده شود تا کودکان زیر ۵ سال در خانه حضور نداشته باشند. تمام وسایل کودک مانند کالسکه، تخت، اسباب‌بازی‌ها و خمیرهای بازی از نظر

وجود رنگ‌های حاوی سرب بررسی شوند.

• برای پیشگیری از مسمومیت با مونواکسید کربن اطمینان حاصل شود که مجاری تهویه منزل مسدود نیستند و لوازم شعله‌سوز به طور منظم توسط یک مهندس واجد شرایط سرویس می‌شوند. هشدار دهنده مونواکسید کربن در هر کجا که لوازم خانگی شعله سوز یا آتش باز وجود دارد تعبیه شود.

• توسعه مراکز کنترل مسمومیت با پرسنل مجرب در کاهش عوارض مسمومیت‌ها مؤثرند. این مراکز توصیه‌های لازم را به افراد و مراکز بهداشتی ارائه می‌دهند، آن‌ها کمک‌های اولیه را آموزش داده و مسمومیت‌های بسیار شدید را به مراکز تخصصی ارجاع می‌دهند. این مراکز عواقب شدید مسمومیت‌ها را نیز پیگیری می‌کنند. چنین مراکزی باعث صرفه‌جویی در هزینه‌های بهداشتی می‌شوند.

ماتریس هادون مسمومیت

فاز	کودک	عوامل خطر	محیط فیزیکی	محیط اجتماعی - اقتصادی
۱ پیش از تولد	سن و عوامل مربوط به رشد کودک مانند کنجکاو، سن والدین و نظارت آن‌ها	دسترسی به بسته‌های باز، جذابیت مواد، برجسته‌گذاری و نگهداری نامناسب	فقه‌های با دسترسی آسان، فقدان قفل کودک، رها نمودن داروها و سموم روی کابینه، تماس با مواد	کمبود قوانین و استانداردها برای محصولات سمی و بسته‌بندی‌ها، عدم آگاهی درباره مواد سمی و خطر مسمومیت
۲ تولد تا ۳ سالگی	بلعیدن ماده سمی توسط کودک، عدم توجه والدین به رفتارهای غیر معمول	مسمومیت مواد شیمیایی، مقدار بیش از حد راحتی موادی که می‌توانند به آسانی به مقدار زیاد بلعیده شوند (مثلاً مایعات بیشتر از جامدات)	محلی که کودک می‌تواند بدون این که دیده شود و در معرض دید باشد بخورد	عدم آگاهی مراقبان کودک درباره نحوه برخورد با مسمومیت، نبود اقدام به موقع توسط تیم بهداشتی برای درمان
۳ بزرگسالی	نا توانی ناشی از آسیب، فقدان دسترسی به مرکز کنترل مسمومیت	مواد شیمیایی بدون پادزهر	فقدان مراقبت‌های درمانی و توجیهی	نبود مرکز کنترل سموم یا کمبود اطلاعات در باره تماس با مرکز، عدم دسترسی به مرکز فوریتهای پزشکی، کمبود مراکز با تجربه کافی در مورد مسمومیت کودکان

رفتارهای ایمن استفاده از داروها

• داروها باید به نحو مناسبی خارج از دسترس و دید کودکان خردسال نگهداری شوند. این

مکان می‌تواند یک قفسه در طبقات بالا، یک قفسه با دستگیره مقاوم در برابر کودک، یک کابینت دارویی دارای قفل یا حتی یک چمدان قفل دار باشد. داروها روی میز آرایش، در کیف دستی و در یخچال نگهداری نشوند. این مواد باید تا حد امکان در ارتفاع و دور از دید کودکان نگهداری شوند.

• همه داروها در ظرف اصلی خود نگهداری شوند، از این طریق روشن است که چه چیزی در آن‌ها است و باز کردن آن‌ها نیز برای کودکان خردسال دشوار خواهد بود. بر روی نشیبه‌های آن‌ها نیز دستورات و اطلاعاتی درباره مسمومیت و مصرف نادرست داروها درج شده است. هر چند می‌توان بسیاری از قرص‌ها را از روی شکل ظاهری و علائم آن شناسایی کرد، اما شناسایی از طریق برچسب قوطی دارو سریع‌تر و ساده‌تر است. در پوش‌های مقاوم در برابر کودک، در کار او وقفه ایجاد می‌کنند ولی سد راه او نمی‌شوند. • قرص‌های رنگی درخشان و قرص‌هایی که در بسته‌هایی قرار دارند که داخل آن‌ها معلوم است برای کودکان وسوسه‌انگیز هستند و باید دور از دسترس کودکان نگهداری شوند. هرگز به کودکان گفته نشود که داروها و ویتامین‌ها شکلات هستند. • بهتر است دارو زمانی مصرف شود که کودک در اطراف والدین نیست، زیرا کودکان از بزرگ‌ترها تقلید می‌کنند.

• با احتیاط در مورد نحوه مصرف داروها به کودکان آموزش داده شود. هرگز وانمود نشود که آن‌ها بی‌خطر هستند.

• داروهای تاریخ گذشته نگهداری نشوند و نابود شوند و اضافه داروهای مصرفی دور ریخته شوند. قفسه‌های دارو حداقل ۲ بار در سال پاکسازی شوند و داروهای قدیمی دور ریخته شوند.

• والدین باید هنگام حضور در منزل بستگان یا دوستان مراقب باشند، چون ممکن است آن‌ها از قواعد مشابهی پیروی نکنند.

رفتارهای ایمن استفاده از محصولات و مواد شیمیایی خانگی

• مواد شیمیایی خانگی و محصولات تمیزکننده (مانند پاک‌کننده‌ها، سفیدکننده‌ها، رنگ‌ها، رنگ‌برها، مواد و مایعات زمین شویی، لوله‌بازکن‌ها و مواد سمی قوی)، در محلی خارج از دید و در کابینت‌ها یا قفسه‌های قفل‌دار، ترجیحاً در طبقات بالا و دور از دسترس کودکان

نگهداری شوند. این مواد نباید زیر سینک و یا کف توالت و یا هر محل دیگری که توسط کودک قابل دسترسی آسان باشد نگهداری شوند.



- این مواد باید در ظروف دارای درپوش مقاوم در برابر کودک نگهداری شوند. این مواد هرگز نباید از ظرف اصلی به ظرف دیگر مانند لیوان یا شیشه نوشابه و یا ظرف‌های غذای دیگر منتقل شوند این کار حتی برای بزرگسالان همراه کننده است و ممکن است اشتباهاً آن را بیاشامند. لذا باید این مواد بلافاصله پس از استفاده، به محل اولیه خود باز گردانده شوند و در جای امنی ذخیره شوند.
- اگر مواد سفید کننده مانند وایتکس و پاک کننده‌های دستشویی مانند جوهر نمک با هم استفاده شوند و مخلوط شوند کلر تولید می‌شود که گازی خطرناک است و ایجاد مسمومیت می‌کند.
- ظروف خالی بطور ایمن دور انداخته شوند.
- سیگار، الکل، عطر، روغن آروماتراپی و دهان شویه‌ها نیز می‌تواند برای کودکان سمی باشند. پس رفتارهای ایمن در مورد این مواد نیز باید رعایت شوند.
- مواد شیمیایی مثل رنگ، الکل سفید، نفت، ضد یخ خودرو، علف کش‌ها و آفت کش‌ها دور از دسترس و خارج از دید کودکان نگهداری شوند. به کمد، انبار یا گاراژی که آن‌ها نگهداری می‌شوند قفل زده شود.

تهیه خمیر بازی ایمن برای کودکان

یک فنجان آرد سفید، نصف فنجان نمک، دو قاشق کرم تارتار (از افزودنی‌ها است و از فروشگاه‌های لوازم قنادی قابل تهیه است) و یک قاشق روغن گیاهی در ماهیتابه مخلوط شوند. برای این که خمیر بازی بوی خوشی داشته باشد می‌توان دارچین را به دیگر اجزاء خشک اضافه

کرد (اختیاری است)، سپس آب اضافه شود و خوب مخلوط شود. ظرف روی حرارت متوسط گذاشته شود تا بپزد و دائماً مخلوط به مدت ۵-۳ دقیقه هم زده شود. خمیر سفت و قابل شکل دادن خواهد شد. ظرف از روی گاز برداشته شود و به مدت ۵ دقیقه ورز داده شود. رنگ خوراکی هنگام ورز دادن اضافه نشود. خمیر بازی را می‌توان به مدت طولانی در ظرف پلاستیکی دردار یا کیسه پلاستیکی نگهداری کرد.

رفنارهای ایمن نگهداری از گل در خانه

- گیاهان چه سمی و چه غیرسمی باید از دسترس کودکان دور نگه داشته شوند چون ممکن است ناگهان کودک میوه و یا برگ آن‌ها را فرو داده و دچار مشکلات تنفسی شود.
- پیش از خرید گیاهان تزئینی برای نگهداری در منزل، با متخصصین گیاه‌شناسی مشورت شود و از احتمال سمی بودن آن‌ها برای کودکان اطلاع حاصل شود.
- نام هر گیاهی بر روی برچسبی نوشته شود و روی گلدان همان گیاه چسبانده شود.
- خوردن بعضی گیاهان زینتی منجر به مسمومیت شدید و خطرناک می‌شود.
- کود و خاک گلدان منبع آلودگی انگلی و میکروبی است. بهتر است خاک گلدان یا درپوش مناسب مثل ورق پلاستیکی، یونولیت و مانند آن‌ها پوشانده شود.
- بوته‌های گیاهی نزدیک منزل یا زمین بازی شناسایی شوند.
- تمام قارچ‌های داخل حیاط منزل و نواحی در دسترس کودکان از بین برده شوند و از رویش قارچ‌های وحشی در حیاط منزل یا زمین بازی کودکان جلوگیری شود.
- به کودکان آموزش داده شود که هیچ گاه قارچ، میوه یا برگ‌های گیاهان وحشی را نخورند.

در صورتی که کودکی مسموم شد چه باید کرد؟

کنترل مسمومیت نیازمند مشاوره فوری، کمک‌های اولیه و درمان مستقیم است. اغلب باید از یک مرکز تخصصی کمک خواست. تشخیص اولیه‌ی صحیح و کنترل مسمومیت خطر مرگ و میر و ناتوانی را کاهش می‌دهد. قبل از هر چیز ارزیابی سریع کودک مسموم ضروری است. باز نگه داشتن مجاری تنفسی، تنفس منظم و گردش خون کودک مهم است. اغلب نوع دارو مشخص است اما گاهی تخمین دوز مصرفی آسان نیست.

واکنش طبیعی والدین و مراقبین کودک، هنگامی که متوجه می‌شوند کودکان یک ماده سمی

خورده است این است که می‌خواهند کودک استفراغ کند تا ماده خارج شود، اما این کار ممکن است همیشه عاقلانه نباشد. موادی نظیر اسیدهای قوی مانند مواد شوینده اگر بالا آورده شوند به همان اندازه خوردن و پایین رفتن خطرناک است. بنزین و نفت اگر بالا آورده شوند یک پنومونی شیمیایی ایجاد می‌کنند.

- شماره تلفن پزشک خانواده نزدیک محل تلفن قرار داده شود. هر چه سریع‌تر با او تماس حاصل شود.

- مواد سمی از کنار کودک دور شود و اگر هنوز مقداری سم در دهان کودک وجود دارد از او خواسته شود آب دهانش را بیرون بریزد یا با کمک انگشت مواد سمی از دهان کودک خارج شود.

- کودک مسموم باید از نظر تشانه‌هایی نظیر سوختگی لب‌ها، قرمزی اطراف دهان و همچنین از نظر اثرات جانبی مسمومیت نظیر خواب آلودگی، استفراغ، گرفتگی عضلات معده (درد ناحیه شکم) و تغییرات رفتاری بررسی شود.

- اگر کودک خواب آلود یا بی‌هوش است، مشکلات تنفسی یا حرکات تشنجی دارد یا اورژانس ۱۱۵ تماس گرفته شود. قبل از رسیدن کمک‌های پزشکی، کودک به پهلو قرار داده شود و سرش پایین‌تر از سایر قسمت‌های بدن قرار گیرد.

- سموم، ظروف حاوی دارو، گیاهان، شیشه شربت یا قرص‌های مصرف شده به اورژانس بیمارستان برده شود. اگر کودک استفراغ کرده و نمی‌دانند چه چیزی خورده است مواد استفراغ شده به بیمارستان برده شود. قرص‌های باقی مانده در قوطی قرص‌ها شمرده شوند تا تعدادی که احتمالاً کودک مصرف کرده معلوم شود و میزان سم مصرف شده و خطر آن در کودک تعیین شود. معمولاً کودکان در چنین مواردی بیش از یک نوع دارو مصرف کرده‌اند پس ضروری است فهرستی از تمام داروهای موجود در منزل تهیه شود. در بیمارستان ضدسم‌های مختلف برای سموم متفاوت وجود دارد تا آن‌ها را خنثی و یا از عوارض آن‌ها جلوگیری شود.

- مایعات پاک‌کننده حاوی مواد سوزاننده هستند، در صورت تماس پوست یا چشم کودک،

باید لباس‌های آلوده به این مواد بیرون آورده شود و کل آن ناحیه با مقدار زیادی آب شستشو داده شود. در صورت ایجاد آسیب پوستی و تاول و خورندگی به پزشک مراجعه شود. اگر این مواد به داخل چشم کودک پاشیده شود، ممکن است در قریه آسیب شدیدی ایجاد کند، چنین مواردی از اورژانس‌های چشم پزشکی است و تا رسیدن پزشک بدون تأخیر با هر نوع آبی که در دسترس است چشم کودک شستشو داده شود. در صورت بلع مواد سوزاننده، بیمار را مجبور به استفراغ نکنند و تحت هیچ شرایطی به کودک مواد تهوع‌آور مانند سرکهٔ اپیکاک داده نشود. چون مواد سوزاننده در هنگام بلع باعث سوختگی مری می‌شوند و با استفراغ دوباره این امر تکرار می‌شود. فوراً به پزشک خانواده کودک تلفن بزنند و از روی بطری حاوی ماده بلع شده اطلاعات درست را ارائه بدهند تا از قدرت سوزانندگی و خطرهای ماده بلع شده اطلاع پیدا کنند. در صورتی که مرکز کنترل مسمومیت کمکی نکرد بدون فوت وقت با مرکز اورژانس تماس گرفته شود و با به نزدیک‌ترین بیمارستان مراجعه شود. پیش از اجازه پزشک به کودک اجازه خوردن و آشامیدن چیزی داده نشود.

• علائم و شکایات آسیب‌ورده از هیدروکربن‌ها (مانند پاک‌کننده‌های خانگی، واکس‌های مبلی، روغن جلا، نفت، بنزین، گازوئیل و تینر)، شامل سرفه، خس‌خس سینه، درد سینه و تنفس سخت است. گاهی سرگیجه، تشنج و اغما نیز مشاهده می‌شود. علائم مسمومیت چند ساعت پس از مصرف این مواد بروز می‌کند پس حتی در صورت نبود علائم نیز باید کودک توسط پزشک معاینه شود. در صورتی که ۶ تا ۸ ساعت بعد علامتی در کودک بروز نکند، احتمال بروز مسمومیت بسیار کم می‌شود. در این موارد با نظر پزشک عکس ریه گرفته می‌شود.

• در صورت مسمومیت با داروها باید ابتدا در عرض یک تا دو دقیقه یک بررسی ساده انجام گیرد تا مشخص شود، آیا واقعاً کودک دارو مصرف کرده است؟ در صورت امکان نمونه‌ای از داروی خورده شده یا ظرف آن باید نزد پزشک آورده شود.

• برای درمان التهاب‌های پوستی ناشی از تماس با گیاهانی مانند گزنه محل تماس زیر آب سرد گرفته شود و شستشو داده شود تا سوزن‌های گیاه از روی پوست پاک شود. سپس

روی محل تماس کمپرس سرد گذاشته شود. برای کاهش میزان واکنش پوستی می‌توان از داروهای ضد خارش استفاده کرد. گاهی اوقات محل واکنش پوستی عفونی و دردناک می‌شود که در این صورت باید به پزشک مراجعه کرد.

• اگر کودک قارچ وحشی خورد، باید همراه با نمونه ای از قارچ خورده شده به مرکز اورژانس برده شود. شروع علائم مسمومیت با قارچ حدود ۶ ساعت طول می‌کشد ولی بعضی از علائم در عرض یکی دو ساعت اول بروز می‌کند. در صورت بروز هر گونه علامتی باید به پزشک مراجعه کرد. علائم مسمومیت به نوع قارچ بستگی دارد، اما شایع ترین علائم تهوع و استفراغ، اسهال و درد شکم است. علائم خطرناک شامل توهیم، تشنج، اغما و حتی مرگ است. معمولاً کارکنان اورژانس مسمومیت‌ها، قادر به تشخیص نوع قارچ هستند و بر اساس آن درمان صحیح را انجام می‌دهند.

• بیشتر کودکانی که دچار مسمومیت با سرب می‌شوند علائم بالینی از خود نشان نمی‌دهند ولی در بعضی از آن‌ها ممکن است علائم غیراختصاصی مانند دل درد، یبوست، تحریک‌پذیری بروز کند یا ممکن است این کودکان از نظر آموزشی پیشرفت نکنند و یا حتی معلوماتی را که قبلاً آموخته بودند فراموش کنند. سطح سرب بالا در خون می‌تواند به تشنج، اغما و حتی مرگ منجر شود. خطر آلودگی با سرب به طور مزمین چنان زیاد است که باید تمام کودکان به خصوص آن‌هایی که با رنگ‌های حاوی سرب تماس داشته‌اند تحت آزمایشات بیماریابی قرار گیرند. در برخی کشورها که خطر مسمومیت با سرب زیاد است، در اولین سال زندگی، بین ۹ تا ۱۲ ماهگی آزمایشات بیماریابی انجام می‌شود. پزشک بسته به نتایج آزمایشات خونی و نیز خطرهایی که کودک را تهدید می‌کند زمان آزمایش مجدد را تعیین می‌کند. داروهای خاصی برای مسمومیت با سرب مورد نیاز است و گاه حتی لازم است بیمار در بیمارستان بستری شود تا سرب از بدن او خارج شود.

نکات کلیدی پیشگیری از مسمومیت

۱. از بسته‌بندی‌های قفل‌دار استفاده کنید: داروها و مواد سمی مانند محلول‌های

شوینده را در بسته‌بندی‌های اصلی خود و در جایی که کودکان آن‌ها را نبینند و به آن‌ها دسترسی نداشته باشند نگهداری کنید.

۲. **شماره تلفن‌های ضروری را بدانید:** شماره تلفن پزشک خانواده خود را در دفترچه تلفن و در جایی در دسترس داشته باشید. اگر فکر می‌کنید کودک مسموم شده اما بیدار و هوشیار است یا پزشک خانواده خود تماس بگیرید، اگر کودک شما تنفس ندارد یا هوشیار نیست می‌توانید هر هفت روز هفته و ۲۴ ساعته به اورژانس ۱۱۵ تلفن بزنید.

۳. **برچسب روی بسته‌بندی را بخوانید:** وقتی به کودکان دارو می‌دهید برچسب دارو و همه هشدارهای روی بسته دارو را بخوانید.

۴. **چیزی را که نیاز ندارید نگهداری نکنید:** داروهای غیرقابل استفاده، داروهایی که نیاز ندارید، یا داروهای تاریخ گذشته را ایمن و صحیح از بین ببرید.



خفگی

خفگی

وقتی کودکی قادر به نفس کشیدن نیست و دچار خفگی شده است می تواند وحشتناک باشد. مرگ های ناشی از خفگی به علت جسم خارجی در گروه سنی کودکان نسبت به سایر گروه های سنی شیوع بالاتری دارد. بیش از ۹۰٪ مرگ های ناشی از خفگی جسم خارجی در اطفال در کودکان زیر ۵ سال اتفاق می افتد، ۶۵ درصد آن ها شیرخوار هستند. کودکان نوپا به دلیل مسدود شدن راه هوایی با تکه های غذا یا چیزهای دیگری مانند اسباب بازی های کوچک، مغزهای کوچک، حبه انگور و یا تیله بیشتر در معرض خفگی هستند. مایعات شایع ترین علت خفگی در شیرخواران است، در حالی که بادکنک، اشیاء ریز و غذاها (آب نبات، مغزها، انگور، تکه های کوچک اسباب بازی) شایع ترین علل انسداد راه هوایی در اثر جسم خارجی در کودکان را تشکیل می دهند. سالانه تعداد زیادی کودک به دلیل بلعیدن اشیاء ریز یا عجله به بیمارستان آورده می شوند و گاهی اوقات به همین علت می میرند.

چرا کودکان به سادگی دچار خفگی می شوند؟

- راه هوایی آن ها باریک است و خیلی راحت دچار انسداد می شوند.
- هنوز خوب دندان در نیاورده اند.
- دوست دارند اشیاء را در دهان بگذارند، این راهی برای شناخت دنیای اطرافشان است.

چه چیزی کودکان را خفه می کند؟

- خوردنی های سفت مانند آب نبات، مغزها، بادام زمینی، آچیل، تخمه، ذرت بو داده.

استخوان

- تکه‌های بزرگ غذا مانند تکه‌های بزرگ گوشت، تکه‌های بزرگ شیرینی و سوسیس، آن‌ها حتی با خوردنی‌هایی مثل حبه انگور که خیلی نرم و کوچک هستند هم ممکن است خفه شوند.
- اشیاء ریز مانند سکه، دکمه و باتری‌های کوچک ساعت، سنجاق، پیچ، اسباب بازی‌های کوچک یا تکه‌های کوچک اسباب‌بازی‌های بزرگ، با دکنک قبل از این که باد شود یا وقتی می‌ترکد.

علائم گرفتگی راه هوایی در کودکان کدامند؟

علائم انسداد راه هوایی با جسم خارجی شامل شروع ناگهانی مشکل تنفسی همراه با سرفه، آغ زدن، استریدور یا خس خس می‌باشد. شروع ناگهانی یک مشکل تنفسی در فقدان تب و دیگر علائم تنفسی (سرفه قبلی، احتقان بینی)، در ابتدا مطرح کننده انسداد راه هوایی با جسم خارجی است. غذا یا جسم خارجی پس از بلع ممکن است از دو راه عبور کنند، وارد دستگاه تنفس و یا وارد دستگاه گوارش شوند. علائم بستگی به محل گیر کردن و جنس جسم خارجی دارد. شروع ناگهانی و سریع علائم در کودک به هنگام غذا خوردن یا بازی کردن با اسباب بازی و اجسام کوچک احتمال وجود جسم خارجی در گلو را تقویت می‌کند.

در صورت وارد شدن جسم خارجی به دستگاه گوارش علائم زیر به طور شایع دیده می‌شوند

- سرفه و حالت خفگی
- احساس گیر کردن چیزی در گلو
- بلع مشکل یا دردناک
- امتناع از غذا خوردن و آبریزش دهان به جای عمل بلع
- استفراغ دائمی
- مری در پشت نای و در مجاورت با آن قرار دارد و در صورت گیر کردن چیزی در آن متورم شده و می‌تواند راه تنفسی را ببندد و علائم اختلال تنفسی ایجاد کند.

در صورت وارد شدن جسم خارجی به دستگاه تنفس علائم زیر به طور شایع دیده می‌شوند

- شروع ناگهانی سرفه با صدایی خشن
- از دست رفتن کامل صدا، به علت انسداد کامل راه تنفسی
- خشن شدن صدا
- بلع مشکل یا دردناک
- تغییر رنگ پوست کودک به خاکستری یا آبی
- خس خس سینه که بدون گوشه هم قابل شنیدن است و نشانه تنگی راه تنفسی در داخل ریه‌ها است. اجسام خارجی کوچک بخصوص تکه‌های غذا می‌توانند با پایین رفتن از نای به ریه‌ها برسند و این عارضه را ایجاد کنند. ریه راست بیشتر درگیر می‌شود ولی ممکن است جسم خارجی به هر ناحیه‌ای از ریه‌ها وارد شود.
- بطور کلی هر چه جسم خارجی بالاتر گیر کند علائم بیشتری دارد و خطرناک‌ترین محل نزدیک تارهای صوتی است زیرا این ناحیه بسیار تنگ است و اگر با جسم خارجی مسدود شود منجر به مرگ خواهد شد.

برای پیشگیری از خفگی کودک چه باید کرد؟

۱. اسباب بازی‌ها متناسب با سن کودک انتخاب شوند. اسباب بازی‌هایی که قطعات کوچک و جدا شدنی دارند، در اختیار کودکان کمتر از ۵-۶ سال قرار داده نشوند. معمولاً بعد از این سن کودک اسباب بازی را در دهانش نمی‌گذارد.

۲. هدایایی که دوستان و آشنایان به کودک

می‌دهند بازبینی شوند و پس از اطمینان از ایمنی در اختیار کودک قرار داده شوند.

۳. اطمینان حاصل شود که اشیاء کوچک خارج از دسترس کودکان زیر ۳ سال نگهداری می‌شوند تا نتوانند آن‌ها را بلعند.

۴. هیچ‌گاه از لیوان و فنجان به عنوان جایی برای نگهداری اشیای کوچک استفاده نشود.

- چون ممکن است کودک ندانسته آن‌ها را بردارد و به جای نوشیدنی سر بکشد.
۵. اسباب‌بازی‌های کودکان بزرگتر باید به دور از همبازی‌های کوچک‌تر آن‌ها نگهداری شوند.
۶. به کودکان غذاهایی مناسب سن شان داده شود، غذاهایی مانند ذرت بو داده، انگور، بادام زمینی، آجیل، سوسیس برای کودکان زیر ۳ سال مناسب نیست. در صورت مصرف این خوراکی‌ها به قطعات کوچک تقسیم شوند و به کودکان بیاموزید غذای خود را خوب بجوند.
۷. کودکان هنگام نوشیدن مایعات به مراقبت نیاز دارند.
۸. به کودکان بیاموزید هنگام غذا خوردن، بازی و جست و خیز نکنند و ندوند.
۹. بندهای کشیده شده در پرده‌ها و کرکره‌ها کوتاه شوند و دور از دسترس کودکان نگه داشته شوند.
۱۰. به کودک اجازه ندهید اسباب‌بازی‌هایی مانند سوت را به گردن بپاویزد.
۱۱. بچه‌های خیلی کوچک نباید با بادکنک بازی کنند زیرا دوست دارند بادکنک را گاز بگیرند و لاستیک بادکنک پس از ترکیدن ممکن است به داخل ریه‌های آن‌ها فرو رود.
۱۲. حیوانات، بیرون از اتاق خواب نگهداری شوند و از یک توری بر روی کالسکه کودک استفاده شود.
۱۳. بهتر است همه والدین و مراقبان کودک دوره‌های آموزشی کمک‌های اولیه را بگذرانند، با این کار در بحران می‌توانند جان کودکان را نجات دهند.

در صورتی که کودک جسمی را بلعید چه باید کرد؟

۱. جسم خارجی می‌تواند موجب انسداد خفیف تا شدید راه هوایی شود. در انسداد خفیف کودک می‌تواند سرفه کند و از خود صداهایی تولید نماید. زمانی که انسداد شدید باشد، کودک قادر به سرفه کردن و یا تولید هیچ صدایی از خود نمی‌باشد.
۲. اگر انسداد راه هوایی با جسم خارجی خفیف است، مداخله نکنید. کودک را از نظر پیشرفت به طرف انسداد راه هوایی شدید تحت نظر بگیرید و به او اجازه دهید با سرفه کردن راه هوایی خود را پاک نماید.
۳. اگر انسداد راه هوایی با جسم خارجی شدید است (کودک قادر به تولید هیچ صدایی

نیست) بایستی برای رفع انسداد دست بکار شوید.

۴. در کودکان بالای یکسال، قسمت تحت دیافراگمی شکم را فشار دهید (ضربات زیر شکمی دیافراگمی)^۱ تا اینکه جسم خارجی بیرون رانده شده و یا کودک پاسخی به تحریکات ندهد. در پشت کودک قرار گیرید، هر دو دست را بر روی شکم و زیر قفسه سینه کودک به یکدیگر قلاب کنید. در حالی که پشت کودک به جایی سفت مثل پشتی صندلی یا سینه شما تکیه دارد، ضربه‌ای محکم و سریع به شکم او وارد کنید. با این کار فشار داخل شکم بالا می‌رود و دیافراگم را به بالا می‌راند و در نتیجه فشار داخل قفسه سینه به طور ناگهانی بالا می‌رود و جسم خارجی از داخل راه تنفسی به بیرون می‌جهد.



۵. در کودکان زیر یکسال بدلیل کبد نسبتاً بزرگ که بطور کامل توسط دنده‌ها حفاظت نمی‌شود، مانور هایملیش به دلیل عوارضی که ممکن است برای کبد و طحال شیرخوار ایجاد کند توصیه نمی‌شود. در شیرخواران، دوره‌های پنج ضربه به پشت^۲ و متعاقب آن پنج بار فشردن قفسه سینه را تا زمانی که جسم خارجی بیرون رانده شده و یا شیرخوار بیهوش شود ادامه دهید. ۶. باید فردی آگاه به عملیات احیای قلبی ریوی این مانورها را

انجام دهد پس باید این عملیات را بخوبی بیاموزید.

۷. اگر کودک بیهوش شود، عملیات احیا را با ماساژ قلبی (بدون اینکه نبض را چک کنید)

شروع کنید. بعد از ۳۰ ماساژ قلبی، راه هوایی را باز کنید. اگر جسم خارجی را می‌بینید آنرا خارج سازید ولی از جستجوی کور کورانه دهان با حرکات پارویی انگشت پرهیز کنید چرا که ممکن است با اینکار جسم خارجی را بیشتر به سمت حلق برانید و یا سبب



۱. Heimlich maneuver (مانور هایملیش)
۲. back blows

آسیب حلق شوید. دو بار تنفس بدهید و دوره‌های ماساژ قلبی و تنفس دادن را تا زمانی که جسم خارجی بیرون رانده شود ادامه دهید. بعد از دو دقیقه، اگر هنوز کسی به اورژانس خبر نداده است، اورژانس را خبر کنید.

۸. اگر کودک جسمی را بلعید حتی اگر بدون علامت باشد، فوراً به اورژانس بیمارستان برده شود. پزشک می‌تواند با کمک تصاویر پرتونگاری محل جسم خارجی را مشخص کند و با کمک ابزار مناسب جسم را با دقت خارج کند.



۹. اگر کودک قادر به صحبت کردن یا گریه کردن نباشد و رنگش به دلیل نرسیدن اکسیژن، آبی یا خاکستری کم رنگ شده باشد مشخصه انسداد کامل راه تنفسی است.

۱۰. اگر کودک دچار گرفتگی گلو شده ولی به نظر نمی‌رسد که راه تنفسی او بطور کامل مسدود شده باشد، باز هم خیلی سریع به بیمارستان رسانده شود و همواره یک نفر مراقب کودک باشد. اگر انسداد بطور کامل برطرف شود، باز هم نیاز به بررسی‌های پزشکی وجود دارد.

سندرم مرگ ناگهانی شیرخواران

سندرم مرگ ناگهانی شیرخواران، مرگ ناگهانی، غیر قابل توضیح و غیر قابل انتظاری است که موجب مرگ کودکان زیر یکسال می‌شود. بیشتر این مرگ‌ها قبل از ۶ ماهگی و بیشتر بین ۲ تا ۴ ماهگی و اغلب در زمستان اتفاق می‌افتد. دلیل بروز این سندرم هنوز به درستی مشخص نیست ولی عوامل زیر با بروز آن مرتبط هستند:

- خواباندن کودک روی شکم
- مواجهه کودک با دود سیگار در دوران بارداری و پس از زایمان
- استفاده از بالش نرم
- پوشاندن لباس زیاد، پتوی زیاد و یا اتاق بسیار گرم
- تغذیه نشدن کودک با شیر مادر
- مراقبت‌های ضعیف دوران بارداری، سن مادر، کم وزن گرفتن او در دوران بارداری و استفاده از داروهای غیر قانونی

با رعایت این توصیه‌ها می‌توان خطر وقوع سندرم مرگ ناگهانی شیرخواران را کاهش داد

- همیشه شیرخوار را به پشت بخوابانند نه به شکم یا پهلو، شیرخوار در اتاق والدین، اما در تخت خودش و نه در تخت والدین بخوابد.

از وسایل خواب شل و نرم (پتوی نرم، بالش نرم،...) استفاده نشود، از بالش‌های محکم و صاف برای خواباندن نوزاد استفاده شود. کوسن‌های نرم، تشک‌های بادی، بالش‌های پر شده از مواد صناعی و بالش‌هایی که با پارچه‌های نرم روکش شده‌اند برای خواباندن نوزاد خطرناک است همچنین اسباب بازی‌های نرم نیز در تخت کودک ممکن است خطر آفرین باشند.

- محیطی برای خواباندن کودک در نظر گرفته شود که عاری از دود سیگار باشد.
- نوزادانی که در اثر سندرم مرگ ناگهانی می‌میرند کمتر با شیر مادر تغذیه شده‌اند. پس سعی شود کودکان با شیر مادر تغذیه شوند، به مادران آموزش دهید شیرشان را بدوشند تا در مهد کودک هم کودک از شیر مادر تغذیه شود.
- از گرم کردن بیش از حد اتاق خواب کودک خودداری شود. حرارت اتاق مناسب باشد (۲۳-۲۵ درجه سانتی‌گراد) تا کودک در زمان خواب، بسیار گرم یا سرد نشود.
- کودک برای معاینات دوره‌ای و واکسیناسیون نزد کارمند بهداشتی یا پزشک خانواده برده شود.

نکات کلیدی پیشگیری از خفگی:

۱. محیط خواب ایمن ایجاد کنید: کودکان را به پشت بر روی یک سطح سفت و محکم

بخوابانید. امن‌ترین مکان برای خواب کودکان تختخواب کودک است، محل خواب مشترک با والدین برای خواب کودکان امن نیست. چیزهای نرم مانند حیوانات پارچه‌ای، ملحفه‌ها، روانداها و چیزهای بی‌مصرف را خارج از تختخواب کودک نگه‌دارید. وسایل متحرک را بالای تختخواب کودک نگذارید.

۲. غذا خوردن و بازی کردن کودکان را ایمن کنید: غذا را متناسب با سن کودک به تکه‌های کوچک ببرید. همیشه بر غذا خوردن کودکان خردسال نظارت کنید. کودکان را به جویدن کامل غذا و قورت دادن آن قبل از صحبت کردن یا خندیدن تشویق کنید. توصیه‌های سنی و برچسب‌های خطر روی اسباب‌بازی‌ها را بخوانید و اسباب‌بازی‌های متناسب با سن کودک تهیه نمایید.

۳. کمک‌های اولیه و احیا قلبی ریوی (CPR) را یاد بگیرید: دانستن چگونگی در آوردن غذا و تکه‌های کوچک از راه هوایی و انجام احیای قلبی ریوی (CPR) می‌تواند زندگی کودک را نجات دهد. کمک‌های اولیه و (CPR) را بیاموزید و هر دو سال یکبار دوره بازآموزی آن را بگذرانید.



آسیب‌های ورزشی

آسیب‌های ورزشی

شرکت در فعالیت‌های ورزشی و سرگرمی‌ها یکی از بخش‌های مهم تأمین سلامتی کودکان است. داشتن فعالیت بدنی برای زندگی سالم کودکان ضروری است. اما آسیب‌های ناشی از آن می‌تواند اتفاق بیفتد. هر سال تعدادی کودک ۱۹-۰ ساله به دلیل آسیب‌های ناشی از فعالیت‌های ورزشی و سرگرمی‌ها در اورژانس تحت درمان قرار می‌گیرند. آسیب‌های ورزشی، حتی با رعایت تمام نکات ایمنی اجتناب‌ناپذیر است. در صورت آسیب ورزشی کودک، با دلداری دادن و دعوت او به صبر می‌توان تا زمان بازگشت او به صحنه ورزش، شدت ضربه روحی ناشی از آسیب را کاهش داد. پیش از هر ورزشی کودک را باید متناسب با آن ورزش معاینه کرد.

یک معاینه ورزشی بدین شرح است که بهتر است توسط پزشک خانواده کودک انجام گیرد:

۱. شرحی کامل از هر آسیب قبلی عضلانی- استخوانی، به خصوص آسیب‌های وتری و یا شکستگی استخوانی
۲. معاینه معمول به منظور شناخت ضایعات آشکار و یا آسیب‌های مفصلی
۳. شرحی جداگانه از مسائل و بیماری‌های داخلی، جراحی یا هر بیماری دیگری که به مراقبت پزشکی نیاز داشته باشد.
۴. شرحی از داروهایی که کودک مصرف می‌کند.

مراقبت از زخم‌ها و بریدگی‌ها

کودکان هنگام ورزش و بازی ممکن است دچار خراش و بریدگی‌های متعددی شوند. بیشتر

خراش‌ها و بریدگی‌ها، زخم‌هایی سطحی هستند که فقط باید آن‌ها را به آرامی با آب و صابون تمیز کرد و یک گاز تمیز روی آن قرار داد. گاهی زخم بعد از تمیز کردن دوباره شروع به خونریزی می‌کند. بهترین راه بند آوردن خونریزی فشار دادن زخم است. در صورتی که فشار کافی و مناسب باشد خونریزی در عرض چند دقیقه بند می‌آید. عضو آسیب دیده باید بالاتر از سطح زمین قرار گیرد. در صورت بریدگی پوست راهی برای ورود باکتری‌ها و عفونت به داخل بدن بوجود می‌آید. علائم عفونت شامل قرمزی، درد و ترشح از زخم است. تمام بریدگی‌ها بدون در نظر گرفتن اندازه آن‌ها باید با آب و صابون به خوبی شسته شوند. تقریباً تمام صابون‌های خانگی خاصیت ضد باکتری مشابهی دارند نوع ماده ضد عفونی کننده اهمیت چندانی ندارد بلکه تمیز کردن زخم مهم است. در صورت بروز علائم عفونت در زخم کودک باید توسط پزشک ویزیت شود.

مراحل درمان بریدگی‌ها

۱. زخم با آب گرم و صابون به مدت ۳ تا ۵ دقیقه شسته شود. بهتر است محل زخم با برس تمیز شود.
۲. خونریزی با فشار دادن مستقیم زخم بند آورده شود. اگر خونریزی بعد از ۵ دقیقه بند نیاید یا حالت جهشی داشته باشد فوراً با اورژانس تماس گرفته شود.
۳. در صورتی که جربی و یا ماهیچه از درون زخم مشخص باشد به بخیه نیاز دارد.
۴. محل زخم با یک گاز استریل و تمیز پانسمان شود.



۵. هر روز یا نوسمان تعویض شود، زخم با دقت شسته شود و از نظر علائم عفونت بررسی شود. زخم بخیه‌ها باید تمیز و خشک نگهداری شوند. افزایش درد، افزایش تورم، افزایش قرمزی، گرما در ناحیه زخم، خروج مایع یا چرک از زخم و تب نشان دهنده احتمال وجود عفونت در محل زخم است.^۱

۶. وضعیت ایمن سازی کزار کودک بررسی شود و برای راهنمایی بیشتر با پزشک مشورت شود.

پیچ خوردگی و رگ به رگ شدن

رگ به رگ شدن و پیچ خوردگی اصطلاحی است که برای یارگی تاندون‌ها، رباط‌ها و عضلات به کار می‌رود. تاندون یا وتر عضوی طناب شکل و سفت است که در انتهای عضلات قرار دارد و به استخوان متصل می‌شود. با انقباض عضله، استخوان به دلیل اتصال تاندون عضله به آن حرکت می‌کند. رباط‌ها یا لیگمان‌ها نزدیک مفاصل یا محل اتصال دو استخوان به یکدیگر قرار دارند که از بافت‌هایی محکم تشکیل شده‌اند و موجب پایداری مفاصل شده، از حرکات بیش از حد آن‌ها جلوگیری می‌کنند. ممکن است هر یک از این‌ها در طی فعالیت‌های ورزشی آسیب ببینند. برای ترمیم رگ به رگ شدن یا پیچ خوردگی، وترها و رباط‌ها باید به محل اولیه بازگردند، میزان کشش و فشار آن‌ها باید در حد طبیعی ثابت نگه داشته شود، پس به استراحت نیاز است.

برای پیشگیری از پیچ خوردگی و رگ به رگ شدن چه باید کرد؟

باید قبل از شروع هر نوع ورزش یا فعالیتی بدن را برای تحمل فشارهای ناشی از آن آماده کرد. به کودک بیاموزید قبل از شروع ورزش‌های سنگین حتماً برای مدت کوتاهی بدنش را، با نرمش‌های ملایم گرم کند. با این کار جریان خون در عضلات، وترها و رباط‌های درگیر در ورزش سریع‌تر می‌شود. آمادگی و بدتسازی مناسب از آسیب‌های ورزشی پیشگیری می‌کند و باعث بهبود کارایی اعضا می‌شود.

هنگام پیچ خوردگی و رگ به رگ شدن چه باید کرد؟

۱. در دو سه روز اول عضو آسیب دیده بی حرکت باشد تا بار وزن روی آن قرار نگیرد. زیرا

۱. در صورت وجود علائم عفونت در محل زخم، کودک باید توسط پزشک ویزیت شود.

- ناحیه آسیب دیده ملتهب است و افزودن فشار اضافی آسیب را بیشتر می‌کند.
۲. هر ۲ ساعت یکبار و هر بار به مدت ۲۰ دقیقه کیسه یخ در موضع آسیب دیده قرار داده شود.
۳. تورم و درد با بالا آوردن عضو آسیب دیده و قرار دادن آن روی یک بالش بهتر می‌شود.
۴. برای کودکانی که دچار پیچ خوردگی‌های شدید شده‌اند استفاده از آتل‌های پلاستیکی، کیسه‌های بادی و حتی آتل‌های گچی مناسب است.
۵. بازگشت به کار و فعالیت پیش از بهبود کامل سبب آسیب مجدد و حتی دردهای مزمن می‌شود. پزشک پس از دو روز اجازه حرکات مختصر و آرام می‌دهد ولی باید مراقب آسیب مجدد بود و پس از ۲ تا ۴ هفته می‌توان به فعالیت‌های عادی بازگشت. (مدت استراحت و زمان برگشت به فعالیت‌های معمول در موارد آسیب‌های متوسط و شدید باید با نظر پزشک تعیین شود).

شکستگی استخوان

هر گونه شکاف یا ترک در استخوان را شکستگی می‌گویند.

علائم و نشانه‌های مطرح کننده احتمال شکستگی استخوان

۱. کودک قادر به حرکت عضو آسیب دیده نباشد، یا هنگام حرکت به شدت درد داشته باشد.
۲. ممکن است استخوان قوسی شکل شده و یا پیچیدگی پیدا کند.
۳. در محل ضربه در عرض یک تا دو ساعت تورم ایجاد شود.
۴. کودک از درد در ناحیه‌ای خاص شاکی باشد.
۵. درد در عرض دو تا سه روز پس از آسیب برطرف نشود.

در رفتگی‌ها

در رفتگی مفصل، به هم خوردن ارتباط طبیعی دو استخوان با یکدیگر است که در نتیجه آن ساختمان‌های حمایتی نظیر وترها و رباط‌ها دچار کشیدگی می‌شوند. در رفتگی جابه‌جایی و از جا خارج شدن استخوان از جایگاه اصلی خود است.

علائم و نشانه‌های مطرح کننده احتمال دررفتگی

۱. ناحیه آسیب دیده متورم شده و تغییر شکل می‌دهد.
۲. کودک قادر به حرکت عضو آسیب دیده نیست و یا آن را خیلی کم و محدود حرکت می‌دهد.
۳. مفصل بین دو استخوان، متورم و دردناک است و هر گونه لمس ناحیه باعث درد شدید می‌شود.

در صورت دررفتگی استخوان و یا احتمال شکستگی استخوان چه باید کرد؟

۱. در موارد شک به شکستگی استخوان در کودکان خیلی سریع و در اولین فرصت به پزشک مراجعه شود.
۲. ناحیه آسیب دیده با یخ به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه پوشانده شود تا از گسترش تورم جلوگیری شود. ولی کودک را به وسیله پتو گرم نگه دارید.
۳. عضو آسیب دیده روی بالش یا سطحی بلندتر قرار داده شود تا تورم کمتر شود.
۴. برای محدود کردن حرکت اندام مصدوم با کمک پارچه یا نوار به تکه‌ای چوب، کتاب یا مقوای ضخیم بسته شود.
۵. پیش از دستور پزشک عضو آسیب دیده حرکت داده نشود.
۶. برای جا انداختن دررفتگی به پزشک مراجعه شود، معمولاً مفصل به مدت یک تا ۴ هفته در اتل می‌ماند تا بهبود یابد. مفصل آسیب دیده ضعیف‌تر از معمول است و احتمال دررفتگی مجدد در آن بیشتر است.
۷. در مورد شکستگی استخوان‌های دراز، مانند استخوان‌های بازو و ساق یا، تقریباً همیشه نیاز به گچ‌گیری وجود دارد.
۸. آسیب مرکز رشد استخوانی که غضروفی است و تولید استخوان تازه را به عهده دارد، منجر به توقف بعدی رشد استخوان خواهد شد. شکستگی این ناحیه ممکن است در عکس پرتونگاری معمولی دیده نشود. در صورت شک قوی به این نوع شکستگی عضو آسیب دیده باید مانند یک شکستگی معمولی گچ گرفته شود.

آسیب‌های دلدانی

گاهی اوقات هنگام ورزش یا بازی به دهان کودک ضربه وارد می‌شود و ممکن است تنها علامت

آن لق شدن دندان باشد، درمان دندان آسیب دیده به شیری یا دائمی بودن آن بستگی دارد.

• اگر دندان کودک در اثر ضربه شل شود قبل از معاینه دندانپزشک دندان لق نباید از دهان کودک خارج شود.

• اگر در اثر ضربه، دندان کودک ترک بخورد ممکن است به تاج دندان که خارجی‌ترین قسمت دندان است یا به عاج دندان که حافظ ساختمان‌های داخلی دندان است و یا به مغز دندان که ریشه عصبی در آن قرار دارد آسیب وارد شود. در صورتی که ترک خفیف باشد دندان خونریزی نمی‌کند، درد ندارد و به مایعات و غذاهای گرم و سرد حساس نمی‌شود. اگر دندان آسیب دیده خونریزی کند و یا به هنگام صرف غذا یا مایعات گرم و سرد دچار درد شود، مغز دندان یا عصب آن لخت شده است و اگر در اولین فرصت این آسیب ترمیم نشود مغز دندان کاملاً تخریب می‌شود و دندان از بین می‌رود.

• اگر در اثر ضربه دندان به طور کامل از بسترش خارج شود در داخل دهان خونریزی شدید اتفاق می‌افتد که به سهولت قابل درمان است. اگر دندان کنده شده شیری باشد نیازی به کاشتن دوباره دندان در بسترش نیست زیرا چنین کاری باعث آسیب به دندان دائمی زیر آن می‌شود. در چنین مواقعی دندان خارج شده باید در پارچه‌ای پیچیده شود و همراه کودک نزد دندانپزشک برده شود تا با معاینه از خارج شدن کامل ریشه دندان از بسترش اطمینان حاصل شود. شاید دندانپزشک درمان‌های خاصی مانند حافظ فضای بین دندانی را به کار برد، در صورتی که دندان کنده شده دائمی باشد باید در اولین فرصت بعد از حادثه به بسترش بازگردانده شود. اقدامات اولیه برای آمادگی دندان برای جابجایی به این شرح است:

۱. با استفاده از دستکش یکبار مصرف اطراف زخم ایجاد شده در دهان کودک تمیز شود.
۲. برای شستشوی خون دهان کودک از آب ولرم استفاده شود.
۳. برای کاهش تورم ناشی از آسیب از تکه‌های یخ استفاده شود.
۴. به ریشه‌های دندان دست زده نشود. به دندان دست کشیده نشود و یا مالش داده نشود، زیرا الیافی که در سطح دندان وجود دارد و باعث قرارگیری دندان در بسترش می‌شود به دلیل تحریک مکانیکی آسیب می‌بیند.
۵. دندان به آرامی با آب شسته شود.
۶. دندان کنده شده در بسترش گذاشته شود و تا آنجا که ممکن است دندان به عمق

بسترش فرو برده شود. با کمک سطح دندان های دیگر می توان به عمق مناسب فرو بردن دندان پی برد. روی دندان یک گاز استریل که چندبار تا شده است قرار دهید و از کودک بخواهید به آهستگی دندان هایش را روی هم فشار دهد، سپس به دندانپزشک مراجعه شود.

۷. اگر کسی قادر به انجام این کار نباشد باید دندان در لیوانی پر از شیر (بهتر است شیر سرد باشد) نگهداری شود و همراه کودک به سرعت نزد دندانپزشک یا مرکز درمانی برده شود و یا کودک بدون آنکه دندان را بلعد، آن را درون دهانش و کنار گونه اش نگه دارد تا نزد دندانپزشک برسد.

۸. اگر دندان بیشتر از ۲ ساعت در محیط خارج از دهان باقی بماند دوباره کاشتن آن در اکثر موارد امکان پذیر نیست.

• اگر در اثر ضربه دندان به داخل بسترش فرو رود در صورتی که سبری باشد می تواند به دندان دائمی که هنوز رشد نکرده است آسیب وارد کند. اگر دندان دائمی باشد خودش آسیب می بیند. در هر صورت باید در اولین فرصت به دندانپزشک مراجعه شود. هر چند یا گذشت زمان بسیاری از دندان های فرو رفته دوباره به موقعیت اولیه باز می گردند، این روند هفته ها و حتی ماه ها طول می کشد و باید در این مدت کودک تحت نظر دندانپزشک باشد.

آسیب های چشمی

آسیب های چشمی ممکن است در زمین های ورزشی و یا هنگام بازی ایجاد شود. این آسیب ممکن است به دلیل ضربه مستقیم ناشی از مشت، انگشت یا اجسام تیز و یا پاشیده شدن چیزی در چشم باشد. اگر جسم برنده ای وارد چشم شود کودک از درد دائم چشم، اختلال بینایی مانند دوبینی یا تاری دید و یا خونریزی چشم شکایت دارد. و ممکن است منجر به آسیب جدی به آن و حتی کوری شود. ضربه های ناشی از اجسامی که تیز نیستند ممکن است باعث آسیب به خود کره چشم و یا استخوان های اطراف آن شود. در صورت آسیب به چشم بدون فوت وقت باید به چشم پزشک مراجعه شود.

برای پیشگیری از آسیب های چشمی چه باید کرد؟

۱. اسباب بازی های پرتابی مانند تیر و کمان، تفنگ، دارت و مانند آن ها در اختیار کودکان

قرار داده نشوند.

۲. هنگام ورزش‌های بالقوه آسیب‌زا برای کودکان از قبیل، بیس‌بال، تکواندو، شمشیربازی، اسکواش، تنیس باید از کلاه‌های ایمنی که کاملاً گوش‌ها و چشم‌ها را می‌پوشاند استفاده شود تا استخوان‌های اطراف چشم آسیب نبینند. در کودکان حتی اگر این ورزش‌ها به صورت تفننی و به صورت بازی انجام شود، نیاز به این مراقبت‌ها دارند.

گرم‌زدگی و پیشگیری از آن

افزایش دمای بدن بیش از حد نرمال را گرم‌زدگی گویند. گرم‌زدگی یک طیف بیماری است که درجات مختلفی دارد که بسته به دمای بدن و میزان اختلالات وابسته به آن می‌تواند متفاوت باشد. زمانی که کودک در محیطی با درجه حرارت بالا قرار گیرد و آب و مایعات کافی به وی نرسد، درجه حرارت بدن او افزایش یافته و علامت‌های پالینی گرم‌زدگی از قبیل تب، بی‌قراری، خشکی دهان و مخاط‌ها، بی‌حسی، بی‌حالی ممکن است در او اتفاق بیفتد. در موارد شدید کاهش سطح هوشیاری، تشنج، اختلالات خونی، اختلالات کلیوی نیز ممکن است مشاهده شود.



برای پیشگیری از گرم‌زدگی چه باید کرد؟

۱. برای ورزش کردن باید شرایط آب و هوایی را در نظر گرفت، در محیط‌های گرم کودکان باید به مدت و مقدار کمی ورزش کنند، اگرچه با توسعه تدریجی این روند، بدن کودک به گرما عادت کرده و راحت‌تر آن را تحمل می‌کند، آن‌ها باید به آرامی و به تدریج ورزش کنند.

۲. نوشیدن مایعات به مقدار زیاد برای مقابله با از دست دادن آب بدن ضروری است، برای پیشگیری از کم‌آبی، کودک قبل، بعد و به هنگام ورزش کردن باید آب بنوشد. برای نوشیدن آب نباید منتظر احساس تشنگی شد زیرا تشنگی علامت دیررس بوده و معمولاً به دنبال از دست دادن متوسط آب بدن بوجود می‌آید. این در حالی است که در کودکان باید از کم‌آبی خفیف



نیز پیشگیری نمود. بهترین نوشیدنی آب خنک است ولی به دنبال ورزش‌های سنگین باید از مخلوط قندی/تمکی برای جبران الکترولیت‌های از دست رفته استفاده کرد.
۳. در گرمای زیاد حتماً از لباس‌های به رنگ روشن و سبک استفاده شود.
۴. به کودکان بیاموزید هنگام بروز علائم گرمازدگی به ورزش ادامه ندهند، در صورتی که احساس ضعف، درد یا بی‌حالی شدید کردند تمام فعالیت‌های ورزشی را قطع کنند و از مربی خود راهنمایی بخواهند.

در صورتی که کودک دچار گرمازدگی شد چه باید کرد؟

۱. لباس‌های کودک درآورده شود.
۲. کودک روی زمین داخل یک اتاق خنک خوابانده شود.
۳. بدن کودک با استفاده از اسفنج و آب سرد خنک شود و اجازه داده شود تا پوست در مجاورت هوای آزاد خشک شود.
۴. کودک با استفاده از پنکه خنک شود.
۵. در صورت از دست دادن هوشیاری شرایط کودک ارزیابی شود و برای شروع عملیات احیا آماده باشید. در صورتی که کودک نفس می‌کشد در وضعیت ریکاوری (بهبود) قرار داده شود.
۶. کودک نزد پزشک برده شود.

سرمازدگی و پیشگیری از آن

کاهش دمای بدن به زیر ۳۵ درجه سانتی‌گراد را سرمازدگی یا هیپوترمی گویند. وقتی بدن به هر علتی حرارت از دست بدهد یا کاهش جریان خون پوست، لرز ایجاد می‌شود. در این حالت لرز یک مکانیسم دفاعی است و با افزایش سوخت و ساز تلاش می‌کند تعادل برقرار کند و دمای بدن را حدود ۳۷ درجه سانتی‌گراد نگه دارد. اما اگر این تعادل بهم بخورد مثلاً بدن در معرض سرمای بیش از حد قرار گیرد و یا انرژی کافی برای سوخت و ساز نداشته باشد دیگر نمی‌تواند دمای لازم را حفظ کند و دمای بدن اندک اندک افت می‌کند همزمان با این کاهش دما، عملکرد دستگاه‌های مختلف بدن مانند مغز، گردش خون کلیه‌ها و ماهیچه‌ها دچار اختلال می‌شوند و کم کم یا پیشرفت افت دما این دستگاه‌ها که برای فعالیت نیاز به دمای ۳۷ درجه

دارند از کار می‌افتند.

برای پیشگیری از سرمازدگی کودکان چه باید کرد؟

۱. در فصل زمستان از تمام کودکان، بویژه آن‌هایی که به ورزش‌های زمستانی می‌پردازند باید به دقت مراقبت نمود، لباس‌های چند لایه به کودک پوشاند تا حرارت بدن او خارج نشود. تمام ورزش‌های زمستانی باید به صورت گروهی انجام شود و هیچ کس نباید به تنهایی به این قبیل ورزش‌ها بپردازد. تا اگر آسیبی اتفاق افتاد همیشه کسی برای کمک حضور داشته باشد.

۲. بیشترین اندام‌هایی که در معرض خطر سرمازدگی قرار دارند، دست، پا و بخش‌هایی مثل گوش‌ها، بینی و انگشتان است که در معرض هوای آزاد قرار می‌گیرند. بنابراین محافظت از این قسمت‌ها با کمک کلاه، دستکش، شال گردن و چکمه‌های ضد آب می‌تواند کمک کننده باشد. لباس، و چکمه نباید خیلی، سخت و تنگ باشد که باعث



اختلال در گردش خون شود و باید پس از خیس شدن تعویض شوند.

در صورتی که کودک دچار سرمازدگی شد چه باید کرد؟

۱. علامت اولیه سرمازدگی تا زمان پیشرفت آسیب، آشکار نمی‌شود. یکی از اولین علائم سرمازدگی احتمالی، احساس سوزن سوزن شدن در ناحیه‌ای است که دچار سرمازدگی می‌شود و باید به کودکان تأکید کرد تا در صورت شروع این احساس در هر کجای بدن خیلی سریع به منزل باز گردند. در صورتی که آسیب پیشرفت کند ناحیه سرمازده رنگ پریده و حتی حالت یخ زده و منجمد پیدا می‌کند. سرمازدگی ممکن است سطحی باشد

که در این صورت فقط به پوست آسیب می‌رسد اما در صورتی که سرمازدگی عمیق باشد به اعصاب، عروق خونی و حتی استخوان‌ها نیز آسیب می‌رساند.

۲. درمان سرمازدگی گرم کردن عضو آسیب دیده است که باید به ترتیب خاصی صورت گیرد. اگر به سرمازدگی مشکوک شدید فوراً کودک را از محیط سرما دور کنید تا آسیب بیشتری نبیند. سپس عضو سرمازده در داخل آب گرمی که درجه حرارت آن بیش از ۴۲ درجه سانتی‌گراد نیست فرو برده شود. درجه حرارت آب با دماسنج سنجیده شود و بر اساس حدس و گمان عمل نشود. استفاده از آبی بسیار داغ باعث سوختگی می‌شود زیرا ناحیه سرمازده فاقد احساس درد است. اگر حمام آب گرم در دسترس نیست باید با قسمت‌های دیگر بدن، که گرم هستند عضو سرمازده را گرم کرد. عضو سرمازده را می‌توان در حوله یا ملحفه‌ای گرم پیچید ولی از پیچیدن سخت عضو باید پرهیز شود، زیرا با این کار تخریب و آسیب بافتی بیشتر می‌شود. اگر ناحیه سرمازده پس از گرم شدن دوباره یخ بزند آسیب بافتی افزایش می‌یابد.

۳. بیشتر موارد سرمازدگی خفیف در منزل قابل درمان است. چنانچه پس از گرم شدن پوست به رنگ طبیعی برگشت و تاولی تشکیل نشد با پزشک خانواده خود مشورت کنید. اما در صورت باقی ماندن درد یا بی‌حسی پس از گرم کردن هر چه سریع‌تر به مرکز درمانی مراجعه کنید. اگر بعد از گرم کردن تاول ایجاد شود بخصوص اگر تاول پر از خون باشد نشان دهنده آسیب شدید بافتی است. البته تا چند روز نمی‌توان به طور کامل به عمق آسیب پی برد. در صورتی که پوست به شدت آسیب دیده باشد به آنتی‌بیوتیک، حمام‌های خاص و حتی پیوند پوست نیاز است. آسیب‌های استخوانی ممکن است موجب از دست دادن یک عضو شود.

نکات کلیدی پیشگیری از آسیب‌های ورزشی

۱. کودکان را برای ورزش و بازی آماده کنید: وقتی کودکان برای ورزش و سرگرمی آماده می‌شوند، اطمینان حاصل کنید که بسته به نوع ورزش از وسایل محافظت‌کننده مناسبی مانند کلاه ایمنی، مچ بند و پدهای پوششی زانو و آرنج استفاده می‌کنند.
۲. جنس مناسب استفاده کنید: اطمینان حاصل کنید وسایل حفاظتی ورزش و بازی

کودکان از نظر اندازه مناسب هستند، گم نشده‌اند، فرسوده و کهنه هم نشده‌اند.

۳. **مطمئن باشید تمرینات ورزشی را درست انجام می‌دهند:** کودکان نیاز دارند مهارت‌های ورزشی را یاد بگیرند و تمرین کنند. برای مثال این مهم است که بدانند چگونه از آسیب‌های بازی فوتبال در امان باشند. کودکانی که با فرم مناسبی ورزش می‌کنند از آسیب‌های ناشی از آن بیشتر در امان می‌مانند. همچنین برای پیشگیری از آسیب‌های ناشی از ورزش‌ها در کودکان مطمئن باشید که آمادگی جسمانی لازم را دارند و فعالیت‌های ورزشی را بطور صحیح و آهسته انجام می‌دهند.

۴. **به درجه حرارت هوا توجه داشته باشید:** وقت مناسبی را برای ورزش و بازی کودکان در نظر بگیرید تا از حرارت و رطوبت زیاد در امان باشند و از آسیب‌ها یا بیماری‌های مرتبط با گرما پیشگیری شود. والدین و مراقبان باید مطمئن باشند که کودکان در وقت بازی و ورزش آب کافی دریافت می‌کنند و لباس مناسب پوشیده‌اند.

۵. **یک مدل مناسب برای کودکان باشید:** پیام‌های ایمنی مثبت بدهید، یک مدل رفتاری ایمن برای کودکان باشید، در مواقع ضروری، کلاه ایمنی بپوشید و قوانین را رعایت کنید.

آسیب‌های دیگر

سندرم تکان شدید کودک:

عضلات گردن به ما کمک می‌کنند تا بتوانیم حرکات سر خود را کنترل کنیم. عضلات گردن کودکان ضعیف است و به تدریج شروع به قوی شدن می‌کنند تا بتوانند سر خود را کنترل کنند. سندرم تکان شدید کودک زمانی اتفاق می‌افتد که سر کودک ناگهان در حین تکان شدید

به سمت جلو و عقب برود و سبب حرکت مغز و ساییدگی آن یا دیواره جمجمه شود. این تکان شدید می‌تواند موجب آسیب‌های مغزی، کوری یک یا هر دو چشم، ناشنوایی، اختلالات یادگیری، عقب ماندگی ذهنی، فلج مغزی، صرع، اشکالات تکلم و حتی مرگ کودک شود. تکان شدید بطور معمول زمانی اتفاق می‌افتد که یک فرد بزرگتر با خشونت و عصبانیت با کودک رفتار کند و یا یک فرد بزرگسال برای لذت بردن، کودک را به هوا بالا اندازد. بالا انداختن کودک در هوا علاوه بر این که برای کودک اضطراب ایجاد می‌کند، می‌تواند موجب بروز مشکلات زیادی برای کودک شود. سایر کارها



مانند سوار شدن روی اسب، چرخاندن کودک به اطراف، حمل کودک روی پشت یا شانه، ممکن است سبب سندرم تکان شدید کودک شود. آسیب‌های ناشی از تکان شدید کودک ممکن است تا چند سال بعد ظاهر نشود و زمانی خود را نشان دهد که کودک به سن مدرسه رسیده و قادر نیست مانند سایر همکلاسی‌هایش عمل کند.

برای پیشگیری از سندرم تکان شدید کودکان چه باید کرد؟

۱. هرگز کودک در عصبانیت، بازی و یا به هر دلیل دیگری تکان داده نشود.
۲. هرگز کودک به هوا پرتاب نشود.
۳. اگر کودک زیاد گریه می‌کند اقداماتی برای آرام کردن کودک انجام شود مثلاً کودک در بغل به پشت نگه داشته شود و کمی او را راه ببرند، کودک داخل خودرو گذاشته شود و کمی او را بچرخانند، تا کودک آرام گیرد و در این حالت به هیچ عنوان نباید کودک در اثر عصبانیت تکان داده نشود.

اجسام خارجی در بینی و گوش

کودک دوست دارد اجسامی مانند دانه‌های تسبیح و جواهرات بدلی، دستمال کاغذی، دانه‌های گیاهان و حبوبات را داخل گوش یا بینی‌اش فرو کند. در اکثر موارد خود کودک وجود جسم خارجی را به والدین اطلاع می‌دهد. یکی از علائم شایع وجود اجسام خارجی، درد و ترشح مزمن است که اغلب این ترشح بدبو است. در صورتی که سرماخوردگی یک کودک بیش از حد معمول ادامه داشته باشد و یا کودک بعد از سرماخوردگی ترشح مزمن و یا درد موضعی داشته باشد باید از نظر جسم خارجی معاینه شود. همچنین ممکن است جسم خارجی بدون علامت بوده و بطور اتفاقی هنگام لباس پوشاندن و یا استحمام کودک به آن توجه شود.

برای پیشگیری از ورود جسم خارجی در گوش و بینی کودک چه باید کرد؟

۱. اجسام کوچک، انواع اسباب بازی‌هایی که قطعات کوچک دارند، تسبیح و جواهرات بدلی از دسترس کودکان دور باشند.
۲. به کودکان آموزش داده شود، هنگام غذا خوردن چیزی را داخل گوش یا بینی فرو نبرند.
۳. با رعایت اصول ایمنی مربوط به اسباب بازی‌ها می‌توان از بروز این اتفاقات جلوگیری کرد.
۴. برای خشک کردن صورت کودک از دستمال کاغذی استفاده نشود و از دستمال پارچه‌ای و یا حوله استفاده شود.

در صورت وجود جسم خارجی در گوش یا بینی چه باید کرد؟

۱. در اولین فرصت کودک نزد پزشک برده شود.

۲. هنگامی که جسم خارجی وارد بدن می‌شود، بدن نسبت به آن واکنش نشان می‌دهد و دچار تورم، التهاب و قرمزی می‌شود. این التهاب سبب می‌شود تا جسم خارجی بیشتر از قبل در محل گیر کند، اجسام خارجی بیش از ایجاد واکنش التهابی باید خارج شوند. ۳. حتی اگر جسم خارجی به آسانی قابل دیدن باشد و لبه‌ای هم برای گرفتن داشته باشد هرگز نباید شخصاً آن را خارج کرد. گوش پاک کن و سنجاق سر برای خارج کردن جسم خارجی ساخته نشده است و بکارگیری آن‌ها ممکن است موجب عقب راندن جسم خارجی شود.



۴. اجسام خارجی در گوش ممکن است به سمت پرده گوش رانده شوند و باعث پارگی پرده یا آسیب به استخوانچه‌های گوش و ناشنوایی شوند.

۵. اگر جسم خارجی به عمق بینی فرو رود در قسمت تنگ پشتی آن گیر می‌کند و یا حتی ممکن است به حلق وارد شده و سرفه و عوارض

دیگری ایجاد کند. هر جسم خارجی پس از ورود به بینی می‌تواند جابجا شده و به حلق برود، در این صورت یا کودک آن را می‌بلعد و یا وارد راه تنفسی می‌شود که در این مورد کودک دچار خفگی شده و راه تنفسی مسدود می‌شود.

۶. پس از خارج کردن جسم خارجی، کودک باز هم به معاینه نیاز دارد زیرا ممکن است اجسام خارجی دیگری را پیش از این به داخل بینی یا گوش خود فرو کرده باشد، آسیب‌های احتمالی ناشی از جسم خارجی باید بررسی شود و عفونت و التهاب ناشی از جسم خارجی باید درمان شود.



سوختگی پوشک بچه

سوختگی پوشک بچه یا کهیر ناشی از آن یک تورم قرمز رنگ و دردناک است که در محل پوشک کودک ایجاد می‌شود، این وضعیت سبب ناراحتی، گریه و بی‌قراری شیرخوار خواهد شد.

برای پیشگیری از سوختگی پوشک بچه چه باید کرد؟

۱. پوشک کودک مرتب عوض شود.
۲. پوشک کثیف روی بدن کودک باقی نماند.
۳. پس از عوض کردن پوشک، کودک با آب ولرم شسته شود، با حوله نرم پاک شود و کرم بچه زده شود.
۴. در طی روز مدتی کودک بدون پوشک رها شود.

در صورتی که کودک دچار سوختگی پوشک شد چه باید کرد؟

۱. محل سوختگی با آب ولرم شسته شود.
۲. پوست قسمت سوخته چرب شود.
۳. مدتی پوشک برای کودک استفاده نشود.
۴. از روغن بچه استفاده شود، این کار بهترین روش برای نرم کردن قسمت‌هایی از پوست کودک است که با پوشک تماس دارد.
۵. اگر سوختگی پوشک پس از سه روز مراقبت خوب نشد و یا بدتر شد، به پزشک مراجعه شود.

گیر کردن انگشتان کودک لای در و پیشگیری از آن:



ماهانه تعدادی کودک به این دلیل که انگشتشان سهواً لای در یا کشو آسیب دیده است با عجله به بیمارستان آورده می‌شوند. بیش از نیمی از آن‌ها زیر ۵ سال هستند. بسیاری از این اتفاقات در منزل می‌افتد، اما برخی هم لای در خودرو آسیب می‌بینند. گاهی حادثه به حدی است که نوک انگشت کودک قطع می‌شود.

چگونه اتفاق می‌افتد؟

- انگشت بین در و چارچوب (نزدیک دستگیره یا پشت لولای آن) گیر می‌کند.

- انگشت لای درهای کشویی یا کشوی در حال بسته شدن گیر می‌کند.

چرا اتفاق می‌افتد؟

- وقتی کسی می‌خواهد در را ببندد اطلاع ندارد انگشت کودک لای در است.
- حین بازی کودکان دیگر، در حال جنگ و گریز، برای اینکه او را بیرون کنند هلش می‌دهند و خبر ندارند انگشت او لای در است.
- باد در را می‌کوبد.

لوازی مراقبت از انگشت کودک چه باید کرد؟

۱. برای پیشگیری از گیر افتادن انگشت کودک، می‌توان برای مرکز یا خانه لوازم خاصی را که از بسته شدن ناگهانی در یا از کامل بسته شدن آن جلوگیری می‌کنند، خریداری کرد. البته برای این کار می‌توان از ابزار و وسایل موجود نیز استفاده کرد.
۲. چیزی در ناحیه قفل در یا بالای آن چسبانده شود تا جلوی بسته شدن در را بگیرد. (می‌تواند شب‌ها برداشته شود تا در بسته شود)
۳. چیزی سمت لولای در چسبانده شود. این کار جلوی بسته شدن در را می‌گیرد یا شکاف خالی بین در و لولا را پر می‌کند، لذا فضای خالی جهت گیر افتادن انگشت باقی نمی‌ماند.
۴. برای درهای کشویی مانند پاسیو، درهای قفسه و کشوها طراحی خاصی شود.
۵. با توجه به این که تجهیزات خاصی جهت ایمنی درهای خودرو وجود ندارد. قبل از بستن در خودرو اطمینان حاصل شود انگشت کودک لای در نیست.
۶. حتی اگر تجهیزات خاصی جهت جلوگیری از گیر افتادن انگشتان به کار می‌رود، باید مراقب کودکان خردسال بود.

آسیب دیدن کودک با شیشه

افزایش استفاده از شیشه در خانه، منجر به افزایش حوادث مرتبط با شیشه شده است. سالانه تعدادی کودک پس از سانحه با شیشه، جان خود را از دست می‌دهند. بسیاری از کودکان نیز در هنگام شکسته شدن لوازم شیشه‌ای، بلوری و یا کریستال از قبیل لیوان، بطری، بشقاب و گلدان مجروح می‌شوند.

از شیشه‌های استاندارد (چند جداره، سخت و یا شیشه‌ای که آزمون ضربه را گذرانده است) در تمامی درب‌ها و پنجره‌ها، به خصوص در سطوح پایین، استفاده شود. شیشه چند جداره دارای روکش، از جهت ایمنی و امنیت خوب است.

۱. شیشه‌های موجود با استفاده از غشاهای مقاوم در برابر شکست، ایمن‌تر شوند.
۲. مبلمان‌هایی که در آن‌ها شیشه بکار رفته است، تأییدیه استاندارد داشته باشند.
۳. قطعات شکسته به سرعت جارو و بطور ایمن دفع شوند.
۴. گلخانه و یا سردخانه با ویژگی‌های خاص ایمنی از نظر عایق‌بندی خریداری شوند یا با نرده از سایر نقاط منزل جدا شوند.
۵. در جابجایی ظروف و وسایل قابل شکستن دقت کافی به کار برده شود.

گزیدگی‌ها

گزش توسط سگ و گربه: اکثر گزش‌ها توسط حیوانات خانگی مانند سگ و گربه اتفاق می‌افتد. خطر گازگرفتگی سگ به دلیل آسیب عمیق‌تر و قدرت زیاد فک حیوان بیشتر و احتمال انتقال عفونت نیز زیادتر است. سگ و گربه در بیشتر کشورهای جهان منبع انتقال هاری هستند.

گزش توسط انسان: باکتری‌های زیادی در دهان انسان وجود دارد که از طریق گاز گرفتن، به عمق پوست کودک وارد می‌شوند. یکی از انواع گزش‌های خطرناک انسانی آسیب مشت بسته است. در این مورد بیمار معمولاً نوجوانی است که به عنوان شوخی دستش را داخل دهان دوستش فرو می‌برد و ناگهان آن شخص دهانش را می‌بندد. باکتری‌ها بر اثر این گاز گرفتن به عمق دست نفوذ می‌کنند و وارد مفاصل دست می‌شوند و عفونت مفصلی ایجاد می‌شود.



مارگزیدگی: کنجکاو در طبیعت منجر به تماس کودکان به ویژه پسر بچه‌ها با حیوانات مختلف از جمله

مارها می‌شود. شالی کاران، کارگران مزارع و خانواده‌های آن‌ها بیشتر در معرض خطر مارگزیدگی هستند. در مناطق روستایی کشورهای در حال توسعه کودکان اغلب در مزارع مشغول به کارند.

بنابراین خطر مواجهه یا مار افزایش می‌یابد. وزن کم بدن کودک موجب عوارض بیشتر به دنبال مارگزیدگی می‌شود.

گزش توسط حشرات نیش‌دار: شایع‌ترین عامل گزیده شدن کودکان در فصل تابستان نیش پشه است. گزش پشه باعث تحریک پوست، قرمزی و خارش می‌شود. در بیشتر موارد محل گزش پشه بصورت جوشی قرمز رنگ است، اما شاید گاهی محل گزش به صورت ورم گسترده شود. محل‌های گزش معمولاً متعدد است و همین امر کودک را بی‌قرار می‌کند. گزش توسط زنبورهای عسل و معمولی ممکن است موجب واکنش‌های شدید و حساسیتی (آلرژیک) شود.

برای پیشگیری از گزیدگی چه باید کرد؟

۱. روش نگهداری صحیح حیوانات به کودکان آموزش داده شود.
۲. به کودکان بیاموزید حیوانات را تحریک یا اذیت نکنند. دم حیوانات را نکشند و یا به هر تحوی او را نیازارند.
۳. کلیه حیوانات خانگی توسط دامپزشک معاینه شوند و واکسن‌های مورد نیاز را دریافت کنند.
۴. هنگام ورود کودک تازه وارد به دقت از حیوانات خانگی مراقبت شود.
۵. چمن‌ها و علف‌های هرز چیده شوند.
۶. پوشیدن کفش و لباس‌های حفاظتی از قبیل چکمه به ویژه در مناطق روستایی و در شب خطر گزیدگی‌ها را کاهش می‌دهد.

— صورتی که کودک دچار گزیدگی شد چه باید کرد؟

۱. احتمال عفونی شدن تمام گزش‌ها وجود دارد.
۲. ناحیه گزش به خوبی با آب و صابون شسته شود.
۳. خونریزی یا فشار آرام بر روی زخم بند بیاید.
۴. زخم بعد از تمیز کردن از نظر علائم عفونی بررسی شود.
۵. هر گونه قرمزی، درد یا ترشح از زخم نشانه عفونت است و احتیاج به درمان آنتی‌بیوتیک دارد.
۶. در صورتی که کودک دچار مارگزیدگی شد پادزهر مخصوصی برای مارگزیدگی وجود دارد. او را سریع به مرکز درمانی برسانید.

۷. در هر گزیدگی حتی اگر زخم عفونی نباشد بهتر است کودک نزد پزشک برده شود و درباره‌ی وضعیت واکسیناسیون کزاز و احتمال عفونی شدن زخم مشورت شود.

کودک آزاری

کودک آزاری به معنای، ایجاد آسیب عمدی برای کودک است، یا هر گونه رفتار عمدی که موجب آسیب شود یا با احتمال آسیب همراه باشد. در اکثر موارد فرد آزار دهنده، یکی از والدین یا سرپرستان کودک است و بیشتر رفتاری تکرار شونده دارد.



کودک آزاری انواع گوناگون اعمال مضر علیه کودک است شامل:

۱. آزار جسمی: کودکان در آزارهای جسمی مورد ضرب و شتم قرار می‌گیرند، دچار شکستگی استخوان یا زخم و آسیب‌های دیگر می‌شوند. آزار شدید جسمی ممکن است به آسیب‌های جدی دائمی یا پیش‌رونده و یا حتی مرگ کودک منجر شود.
۲. آزار روانی کودک: شامل تحقیر، توهین یا هر کاری است که در طول زمان موجب تهدید و ترس کودک شود.
۳. آزار جنسی کودک: شامل انواع گوناگونی از رفتارهای جنسی با کودک است.
۴. غفلت از کودک: هر نوع کوتاهی در رفع نیازهای اولیه کودک، بی‌توجهی و یا نظارت ناکافی بر او نیز نوعی بدرفتاری است که غفلت نامیده می‌شود.

چه رفتارهایی در کودک ما را به کودک آزاری مشکوک می‌کند؟

۱. وقوع آسیب‌های پی در پی برای کودک
۲. کج خلقی و زودرنجی
۳. رفتارهای غیرعادی کودک برای جلب توجه
۴. اعتماد به نفس پایین
۵. تأخیر غیر قابل توضیح در رشد کودک

۶. ناتوانی در همراهی با سایر کودکان
۷. احتیاط و ترس از تماس با بزرگسالان و رد کردن محبت و مهربانی آن‌ها
۸. جستجوی محبت دیگران و علاقه شدید به آن‌ها

نشانه‌های غفلت از کودک

۱. کودک کمبود وزن دارد و از سنش کوچکتر به نظر می‌رسد.
۲. کودک همیشه گرسنه است.
۳. تمیز نگه داشته نمی‌شود.
۴. لباس مناسب نمی‌پوشد.
۵. درمان و مراقبت‌های دهان و دندان را دریافت نمی‌کند.

نشانه‌های آزار جسمی کودک

۱. کبودی یا جای شلاق روی بدن کودک است.
۲. کبودی‌های متعدد در مراحل گوناگون بهبودی و با شکل‌های غیر عادی دارد.
۳. جای سوختگی در بدن کودک دیده می‌شود.
۴. دررفتگی و شکستگی استخوان غیر قابل توضیح دارد.
۵. توضیحی که کودک در مورد آسیب‌ها می‌دهد با توضیح والدین و سرپرست او متفاوت است.

نشانه‌های رفتاری کودک آزاری

۱. کودک بسیار خسته و بی‌توجه است.

علائم ناشی از آسیب توسط ابزار



علائم سوختگی



۲. کودک از افراد خاصی می‌ترسد.

۳. منزوی است.

۴. در تخیل غرق است.

۵. اطلاعات یا رفتارهای جنسی عجیب و غیرعادی دارد.

۶. به خودش آسیب می‌رساند.

۷. می‌گوید رازی دارد که نمی‌تواند به کسی بگوید.

نشانه‌های آزار جنسی کودک

۱. کودک در نشستن و راه رفتن مشکل دارد.

۲. لباس‌های زیر کودک پاره، کثیف یا خونی است.

۳. در اندام‌های تناسلی درد، تورم و سوزش دارد.

۴. در اندام‌های تناسلی کبودی، زخم و خونریزی دارد.

۵. هنگام ادرار یا مدفوع احساس درد دارد.

۶. کودک دچار بیماری‌هایی است که از راه تماس جنسی منتقل می‌شوند.

برای پیشگیری از آسیب‌های جنسی در کودکان چه باید کرد؟

۱. رابطه کلامی خوبی با کودکان داشته باشید و حرف‌های آن‌ها را جدی بگیرید.

۲. هیچ وقت به کودک اصرار نکنید که برخلاف میل خودش به کسی محبت کند یا کسی را ببوسد، یا به زور در آغوش گرفته شود.

۳. کودکانی که برای جسم خود ارزش و احترام قائلند کمتر در خطر سوء استفاده‌ی جنسی قرار می‌گیرند.

۴. از سن ۳ تا ۴ سالگی خصوصی بودن اندام‌های جنسی شامل پستان‌ها، باسن و اندام تناسلی را به کودک آموزش دهید، کودک باید تا ۵ سالگی کاملاً این موضوع را درک کرده باشد. این مفهوم باید در کودکان تقویت شود که بدن آن‌ها به خودشان تعلق دارد، در این صورت کودکان برای جسم خود احترام قائل خواهند شد.

۵. تا سن ۶ سالگی کودک باید فرق بین دو جنس را بداند، مفهوم فضای خصوصی و اندام خصوصی را درک کرده باشد و تفاوت خصوصی و سری را بفهمد، بتواند به راحتی با

والدین یا فرد بزرگسال قابل اعتماد دیگری درباره جنسیت صحبت کند، نسبت به جنس خود عزت نفس داشته باشد، نام صحیح اعضای بدن از جمله اعضای تناسلی را بداند، بداند بچه در شکم مادرش، در عضوی به نام رحم پرورش می‌یابد.

• هنگام گفت‌وگو با کودک درباره پیش‌گیری از سوءاستفاده جنسی می‌توانید از جملات زیر استفاده کنید:

- به‌به! بین چه بدن سالمی داری!
- حالا یادت باشد که بدن تو خصوصی است و کسی نباید از تو بخواهد که به قسمت‌های خصوصی بدن تو نگاه کند یا به آن‌ها دست بزند.
- اگر مادر و پدرت به تو کمک کنند که خودت را بشویی یا بخواهند با دیدن بدنت از سلامت آن مطمئن شوند اشکالی ندارد.
- به کودکان دختر بگویید: قسمت‌های خصوصی بدن تو شامل واژن، کلیتوریس، باسن و پستان‌ها است، یعنی همان قسمت‌هایی که با مایو می‌پوشانی.
- به کودکان پسر بگویید: قسمت‌های خصوصی بدن تو شامل، آلت تناسلی، بیضه‌ها و باسن است، یعنی همان قسمت‌هایی که با مایو می‌پوشانی.
- هیچ‌کس نباید به بخش‌های خصوصی بدن تو دست بزند.
- صحبت کردن درباره مسائل خصوصی باید در محل امن خانه و نزد والدین انجام شود.
- به کودکان بیاموزید اگر در موقعیت خاصی قرار گرفتند که احساس ناراحتی داشتند به گزینه خویشتن اعتماد کنند. فرمول «نه، برو، بگو» به کودکان آموزش داده شود این فرمول ساده به خوبی راه پیشگیری را روشن می‌کند. به کودکان بگویید اگر کسی با دست زدن به بدن‌شان آن‌ها را ناراحت می‌کند بگویند: «نه» سپس «بروند» یعنی از فرد سوءاستفاده کننده دور شوند و در نهایت نیز اتفاقی را که افتاده است «بگویند».
- به کودک تاکید کنید، اگر در موقعیتی قرار گرفت که فردی از او سوءاستفاده کرد یا خواست از او سوءاستفاده کند، در اسرع وقت موضوع را به پدر و مادر یا فرد بزرگسال معتمد بگوید.
- در اکثر موارد سوءاستفاده جنسی از کودکان، فرد سوءاستفاده کننده برای کودک آشنا است.

- برای تمرین این موضوع از بازی نقش استفاده شود. مثلاً بگویید اگر کسی در مدرسه خواست لباس زیر تو را ببیند یا تو را در آغوش بگیرد و ببوسد چه کار می‌کنی؟
- مفهوم سری بودن و خصوصی بودن را به کودک آموزش دهید، سر یا راز چیزی است که همه کس اجازه ندارد از آن آگاهی داشته باشد و نباید آن را برای کسی بازگو کرد. اطلاعات خصوصی اطلاعاتی است که می‌توان از آن آگاه بود اما ضرورتی برای در میان گذاشتن آن با دیگران وجود ندارد. موضوع خصوصی یعنی موضوعی که دسترسی به آن محدود است، مثلاً هر خانواده مسائل خصوصی خود را دارد اما آن را با خانواده‌های دیگر در میان نمی‌گذارد. اعضای خصوصی بدن هم چنین وضعی دارند، یعنی همه آدم‌ها در بدن خود اعضای خصوصی دارند ولی هر کس فقط می‌تواند به اعضای خصوصی بدن خود دسترسی داشته باشد.

برای درک مفهوم خصوصی بودن می‌توانید از مثال زیر استفاده کنید:

هر کسی می‌داند که همه از توالت استفاده می‌کنند. این اطلاعات سری نیست. اما قطعاً خصوصی است چون دسترسی به آن محدود است. هنگام استفاده از توالت در را می‌بندیم. هیچ کس به فردی که به توالت می‌رود نمی‌خندد و او را مسخره نمی‌کند چون این کار امری عادی است و همه آن را انجام می‌دهند پس رفتن ما به توالت سری نیست اما می‌دانیم که باید این کار را تنها انجام دهیم، پس این کار خصوصی است. همان‌طور که برای محدود کردن دسترسی دیگران به توالت از در استفاده می‌کنیم، برای محدود کردن دسترسی دیگران به اعضای خصوصی بدن خود نیز از لباس استفاده می‌کنیم.

برای آموزش مفهوم خصوصی بودن با کودکان نقش بازی کنید:

چند جمله ساده به کودک بیاموزید تا اگر یک دوست یا غریبه خواست به مسائل خصوصی او دسترسی پیدا کند او بتواند آن‌ها را به زبان بیاورد. به او بیاموزید اگر دوستت از تو خواست که اعضای خصوصی بدنت را به او نشان بدهی، به او چه می‌گویی؟ به او می‌گویی «بدن من خصوصی است.» اگر دوستت پرسید... یعنی چه؟ به او می‌گویی «در این باره از پدر و مادر خودت سؤال کن» یا «این سؤال خوبی است ولی جوابش خیلی پیچیده است باید از پدر و مادرش سؤال کنی.»

رفتارهایی که حاکی از سوءاستفاده جنسی است را به کودکان بیاموزید:

- کسی می‌خواهد بی‌دلیل به بدن او نگاه کند یا دست بزند.
- فرد بزرگ‌تر یا قوی‌تری (چه بچه و چه بزرگسال) از او می‌خواهد کاری بکند که مایل نیست.
- وقتی در موقعیتی خاص قرار می‌گیرد و احساس ناراحتی می‌کند یا درون خود احساس عجیبی دارد، به احساس غریزی خود اعتماد کند و با آن فرد همراهی نکند و موضوع را به پدر و مادر یا یک فرد بزرگسال معتمد بگوید.
- او یا کسی کاری می‌کند یا شخص دیگری با او کاری می‌کند که بعداً نسبت به آن احساسی ناخوشایند و بد پیدا می‌کند.
- کسی از او می‌خواهد که رفتار خاصی را به صورت راز نگه دارد.

شالوم مستشار دهنده سوء استفاده جنسی در کودکان عبارتند از:

- تغییر در روحیه، خشمگینی بدون علت، رفتارهای اسرارآمیز
- تغییر در رفتارهای اجتماعی، منزوی شدن یا دور شدن از دوستان و خانواده
- اگر به موضوع مشکوک هستید از کودک بپرسید، آیا کسی یا دست زدن به قسمت‌ها خصوصی بدن تو را ناراحت کرده است؟

از صورت مشاهده کودک آزاری چه باید کرد؟

۱. اطلاعات لازم درباره‌ی مراحل رشد و تکامل کودک و رفتار مناسب با او در هر مرحله به والدین منتقل شود.
۲. نه گفتن به کودکان آموزش داده شود.
۳. درباره نگرانی‌های والدین با آن‌ها صحبت شود.
۴. به والدین کمک شود تا روابط مثبتی با کودکان‌شان برقرار کنند.
۵. والدین نیازمند کمک به مراکز حمایتی معرفی شوند.
۶. موارد احتمالی کودک آزاری گزارش شود.

۷. کارگاه‌های آموزشی پیشگیری از کودک آزاری با حضور والدین و کارکنان برگزار شود.
۸. شرایط لازم برای آموزش کارکنان در زمینه پیشگیری و کنترل کودک آزاری فراهم شود.

احیای پایه کودکان و شیرخواران

عملیات احیای قلبی ریوی سریع می‌تواند میزان بقای عمر ناشی از ایست قلبی را در کودکان بهبود بخشد. متأسفانه تعداد زیادی از کودکان نیازمند احیای با کیفیت بالا را دریافت نمی‌کنند. باید علاوه بر افزایش کیفیت عملیات احیای انجام شده توسط افراد حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای، تعداد افراد غیرحرفه‌ای که احیا را آموزش می‌بینند، افزایش یابد. عملیات احیا سریع و کارا توسط یک ناظر (اعم از والدین، مراقبین و یا هر فرد بزرگسال آموزش دیده حاضر در صحنه) می‌تواند منجر به برگشت موفق خودبخودی گردش خون و وضعیت عصبی کودک آسیب دیده گردد. احیایی که توسط افراد حاضر در صحنه (خارج بیمارستان) انجام شود از کارایی مناسبی برخوردار است، به‌طوری‌که برابر مستندات معتبر چنین اقدامی تا بیش از ۷۰ درصد منجر به شانس بقا همراه با عاقبت مطلوب وضعیت عصبی کودک نجات یافته شده است.

زنجیره یا چرخه حیات

به منظور برخورداری یک کودک آسیب دیده از بالاترین میزان بقا و کیفیت زندگی، یک تلاش اجتماعی باید شامل ۵ مورد، ۱- پیشگیری ۲- عملیات احیا ۳- دسترسی سریع به سیستم پاسخ‌گویی اورژانس ۴- احیا پیشرفته در کودکان ۵- مراقبت‌های جامع بعد از ایست قلبی باشد. این سلسله اقدامات در مجموع زنجیره و یا چرخه حیات نامیده می‌شوند. سه حلقه اول آن شامل کمک‌های اولیه پایه می‌باشد. (شکل صفحه بعد) که اقدام اول در فصول قبل بحث شد و اقدام دوم و سوم به طور عمده مورد بحث این فصل است.



زنجیره بقای کودکان

پیشگیری از ایست‌های قلبی - تنفسی

در شیرخواران (کودکان کوچکتر از یکسال)، علت اصلی مرگ، عوارض ناشی از نارس بودن، ناهنجاری‌های مادرزادی و سندرم مرگ ناگهانی شیرخواران است. مهمترین علت مرگ در کودکان بزرگتر از یک سال مصدومیت ناشی از سوانح و حوادث می‌باشد که این موضوع بیانگر اهمیت پیشگیری از آسیب‌ها در کودکان است.

ABC یا CAB

کودک نیازمند احیا در تأمین اکسیژن بافت‌های انتهایی و بویژه بافت عصبی دچار مشکل است. به عبارت دیگر تأمین اکسیژن کافی توسط ریه‌ها و توزیع آن در بدن توسط جریان خون و به کمک ضربان قلب، دچار مشکل شده است. بر همین اساس ۳ اصل عمده در احیای پایه کودک اهمیت دارد:

- دریافت اکسیژن توسط یافت ریه از طریق راه هوایی (A: Airway)
- تأمین اکسیژن از طریق تنفس و تهویه موثر: تنفس / تهویه مکانیکی (B: Breathing)
- توزیع اکسیژن در بدن توسط گردش خون به کمک ضربان موثر قلب و گردش خون (C: Circulation or Chest Compressions)

ترتیب انجام عملیات احیا قبلاً بصورت ABC معرفی می‌گردید، ولی در حال حاضر با توجه به شواهد حاصل از هزاران احیایی که روی کودکان انجام شده است، توالی CAB (ماساژ قلبی، راه هوایی، تنفس و تهویه) توصیه می‌شود. این بدان معناست که اولین اقدام در مواجهه با کودکی که دچار ایست قلبی تنفسی شده است، ماساژ قلبی است.

به عبارت دیگر در طی ایست قلبی، یک احیای با کیفیت مطلوب و بویژه ماساژ قلبی با کیفیت برای ایجاد جریان خون به ارگان‌های حیاتی نقشی مهم و اساسی دارد و در صورت انجام صحیح، در بسیاری از موارد خواهد توانست منجر به بازگشت خودبخودی تنفس^۱ شود.

یکی از دلایلی که برای این تغییر ذکر می‌نمایند این است که تمام احیایگران پس از آموزش قادر به شروع سریع ماساژ قلبی خواهند بود. در حالی که وضعیت دادن به سر و استفاده مطلوب از ماسک یا بگ و ماسک و یا تنفس دهان به دهان که به طور مناسبی انجام شود، برای احیایگران زمان‌گیر بوده و شروع ماساژ را به تأخیر خواهد انداخت.

اگر چه ایست‌های قلبی ناشی از مشکلات تنفسی نسبت به معضلات قلبی در بچه‌ها و شیرخواران شایع‌تر بوده و تنفس در احیای کودکان بسیار مهم است^۱ شروع احیای با ماساژ قلبی (۳۰ ماساژ) و بدنیاال آن تنفس کمکی، به طور تئوریک شروع تهویه ریوی را فقط حدود ۱۸ ثانیه در احیای یک نفره و در زمان کوتاه‌تری در احیای دو نفره به تأخیر می‌اندازد. ترتیب CAB در احیای پایه شیرخواران و نوزادان نیز توصیه می‌شود تا آموزش آن ساده‌تر باشد و در نتیجه قربانیان بیشتری احیای قلبی ریوی استاندارد را دریافت نمایند.

لازم به ذکر است که در دستورالعمل‌های احیای کودکان، شیرخواران به کودکان کمتر از یکسال و کودک از یکسال تا دوران بلوغ اطلاق می‌گردد. در همین راستا و به منظور سهولت آموزش و انجام عملیات استاندارد، نشانه بلوغ، ایجاد جوانه پستانی در کودکان مؤنث و ظهور موهای زیر بغل در کودکان مذکر می‌باشد.

ترتیب احیای پایه توسط احیایگران غیر حرفه‌ای

در این راهنما یک سری از مهارت‌ها به صورت متوالی و مرحله به مرحله مشخص شده است:^۱

۱. ایمنی فرد احیاکننده و کودک مصدوم
۲. ارزیابی تیاژمندی کودک به احیا
۳. ارزیابی پاسخ‌دهی مصدوم
۴. ارزیابی تنفس کودک
۵. شروع فشردن قفسه سینه (ماساژ قلبی)
۶. باز کردن راه هوایی و تهویه دادن
۷. هماهنگی بین فشردن قفسه سینه و تنفس
۸. اطلاع‌رسانی سیستم اورژانس

۱. این موارد در صورتی که بیش از یک احیاکننده وجود نداشته باشد، می‌تواند به صورت همزمان انجام گردد. (مثلاً شروع عملیات احیا و اطلاع‌رسانی به سرویس اورژانس)

۱. ایمنی فرد احیاکننده و کودک مصدوم

همیشه قبل از هرگونه اقدامی از ایمنی محل احیا برای خود و مصدوم اطمینان حاصل نمایید. به طور تئوریک انجام عملیات احیا با خطر انتقال بیماری‌های عفونی همراه است، اما بر اساس بررسی‌های انجام شده این خطر خیلی کم است.

۲. نیاز به احیا را ارزیابی کنید

هر زمانی که با کودک مصدومی که پاسخی به تحریکات نداده و نفس نمی‌کشد و یا تنفس غیر موثر دارد (حرکات متناوب باز کردن دهان شبیه دم زدن و نفس کشیدن که تنفس مؤثر محسوب نمی‌شود: دهنگ زدن^۱) مواجه شدید، باید بنا را بر وجود ایست قلبی بگذارید.

۳. ارزیابی پاسخ دهی مصدوم

به مصدوم ضربات آهسته‌ای بزنید و با صدای بلند حالتش را جویا شوید، «حالت خوبه؟» اگر اسم کودک را می‌دانید او را به اسم صدا بزنید. اگر کودک حالت پاسخ دهنده^۲ داشته باشد، پاسخ داده، جابجا شده و یا ناله خواهد کرد.

به سرعت وجود هرگونه آسیبی را که ممکن است به کمک شما نیاز داشته باشد ارزیابی کرده و نیاز به مداخله پزشکی را بررسی کنید. در صورتی که کودک در حال نفس کشیدن است، ابتدا اورژانس را خبر کرده و سپس سریعاً بر بالین وی بازگشته و وضعیت کودک را مجدداً و مکرراً ارزیابی نمایید. از آنجایی که کودکان دچار مشکل تنفسی، خودبخود وضعیتی می‌گیرند که بهترین حالت برای باز نگه داشتن راه هوایی بوده و بیشترین تهویه را در آن وضعیت برایشان میسر می‌کند، اجازه دهید کودک دچار مشکل تنفسی در وضعیتی که در آن راحت است، بماند. اگر در ارزیابی ابتدایی کودک، پاسخی از او ندیدید (بدون پاسخ^۳)، با فریاد کمک بخواهید.

۴. تنفس را ارزیابی کنید

در صورتی که مصدوم تنفس منظم دارد، نیازی به عملیات احیا ندارد و نباید ماساژ قلبی را شروع کنید. اگر شواهدی از حادثه و آسیب وجود ندارد، کودک را بر روی یک پهلوی بخواهید تا ضمن

۱. دهنگ زدن: Gasping تنفس‌های بسیار ضعیف و نامنظم

۲. Responsive

۳. Unresponsive: بدون پاسخ

کمک به بازنگه داشتن راه هوایی، خطر خفگی نیز کاهش یابد.

اگر کودک تنفس ندارد و پاسخ نمی‌دهد و یا تنفس غیرمؤثر دارد (دهنک زدن)، عملیات احیا را شروع کنید. برخی اوقات مصدومی که نیاز به احیا دارد، دهنک می‌زند که بطور غلط به عنوان تنفس در نظر گرفته می‌شود. یک احیاگر بایستی قادر به افتراق تنفس غیرمؤثر از تنفس طبیعی خودبخودی باشد. احیاگر باید بداند که عملیات احیا هر زمان که با کودک مصدومی مواجه شد که پاسخ به تحریکات ندارد (ولو این که گاهی تنفس غیرمؤثر به صورت دهنک زدن‌های گاه به گاه دارد)، باید انجام شود.

۵. فشردن قفسه سینه (ماساژ قلبی)

در ایست قلبی، فشردن مؤثر و مطلوب قفسه سینه موجب برقراری جریان خون به ارگان‌های حیاتی می‌شود. در صورتی که شیرخوار یا کودک به تحریکات پاسخ نمی‌دهد و تنفس ندارد، ۳۰ ماساژ قلبی به او بدهید.

موارد زیر خصوصیات یک عملیات احیا با کیفیت بالا و مطلوب است:

- قفسه سینه را با سرعت و تعداد مناسب و عمق کافی فشار دهید.
- سریع فشار بدهید (با سرعت حداقل ۱۰۰ بار در دقیقه ماساژ بدهید).
- محکم و قوی فشار بدهید (آن اندازه نیرو وارد کنید که حداقل یک سوم قطر قدامی خلفی قفسه سینه و یا تقریباً ۴ سانتی متر (۱/۵ اینچ) در شیرخواران و ۵ سانتی متر (۲ اینچ) در کودکان فشرده شود). این نکته مهم را باید به یاد داشت که ماساژ قلبی ناکافی و یا غیر مؤثر حتی در بین احیاگران حرفه‌ای نیز متداول است.



- اجازه دهید قفسه سینه در فاصله بین دو ماساژ کاملاً برگشت نماید، این کار کمک می‌کند که فشار ماساژ از روی قلب فشرده شده برداشته شود و قلب فرصت داشته باشد تا مجدداً از خون پر شود.
- در صورتی که فقط یک نفر احیا کننده (اعم از حرفه‌ای یا غیر حرفه‌ای) وجود داشته باشد، بایستی در شیرخواران جناغ یا دو انگشت، که بر روی قسمت تحتانی آن، زیر خط فرضی بین دو توبک سینه قرار گرفته است (شکل بالا)، فشرده شود. مراقب باشید بر روی تندها و یا زائده گریغویید فشار وارد نکنید. فرد احیا کننده بایستی حداقل به اندازه یک سوم عمق قفسه سینه یا در حدود ۴ سانتیمتر (۱/۵ اینچ) فشردگی ایجاد کند.

- از وقفه در روند ماساژهای قلبی به هر دلیلی اجتناب کنید.
- از تنفس کمکی بیش از حد پرهیزید.
- برای دستیابی به بهترین نتیجه، ماساژ قلبی را بر روی سطح سخت (غیرقابل ارتجاع) انجام دهید.



در احیای کودک، احیاکننده باید نیمه تحتانی جناغ را با پاشنه یک پا هر دو دست حداقل باندازه یک سوم قطر قدامی خلفی قفسه سینه یا تقریباً ۵ سانتیمتر (۲ اینچ) فشار دهد. بر روی گریفونید (زائده تحتانی استخوان جناغ) و یا دنده‌ها فشار نیاورید.

هیچ‌گونه اطلاعاتی مبتنی بر مزیت هریک از روش‌های ماساژ یک دستی و یا دو دستی و نتیجه بهتر یکی از آن‌ها در دسترس نمی‌باشد. یا توجه به اینکه کودکان مصدوم و احیاگران بسته به احیا ممکن است اندازه‌های متفاوتی داشته باشند، بنابراین نکته مهم این است که هر روشی را که بکار می‌بندید، اطمینان حاصل نمایید که ماساژ با عمق کافی داده شده و برگشت قفسه سینه بعد از هر فشردگی کامل می‌باشد. بعد از هر ماساژ، اجازه دهید قفسه سینه کاملاً برگشت

نماید، چرا که برگشت کامل آن موجب بهبودی جریان خون بازگشتی به قلب و در نتیجه بهبود جریان خون توزیع شده در بدن، طی عملیات احیا می‌شود. خستگی احیاگر می‌تواند به کم شدن سرعت ماساژ قلبی، عمق ماساژ و برگشت قفسه صدری بیانجامد. حتی زمانی که احیاگر خستگی را انکار می‌کند، کیفیت ماساژ قلبی ممکن است ظرف دقایقی تحلیل پیدا کند، بنابراین وقتی که دو یا بیشتر احیاگر وجود دارد، احیاگران بایستی هر دو دقیقه نقش خود را بصورت چرخشی تعویض نموده تا از خستگی فرد ماساژ دهنده و در نتیجه تحلیل در کیفیت و تعداد ماساژ جلوگیری شود. جابجایی بین نفرات بایستی در حداقل زمان ممکن (کمتر از ۵ ثانیه) انجام گیرد تا حداقل وقفه در ماساژ قلبی ایجاد شود.

در احیا تسیرخواران و کودکان در صورتی که ماساژ قلبی با تهویه (تنفس کمکی) همراه باشد، بهترین نتیجه حاصل خواهد شد، ولی در صورتی که یک احیاگر برای تنفس کمکی آموزش ندیده باشد و یا قادر به انجام آن نباشد، بایستی به ماساژ قلبی ادامه دهد تا افراد کمکی برسند.

۶. باز کردن راه هوایی و تهویه (تنفس کمکی) دادن

برای احیا یک نفره نسبت ماساژ به تهویه ۳۰:۲ توصیه می‌گردد. یعنی به ازای هر ۳۰ ماساژ با کیفیت و مؤثر باید ۲ تنفس کمکی به کودک داده شود. برای این کار پس از اعمال ۳۰ ماساژ اولیه، راه هوایی را باز کرده و ۲ بار تنفس بدهید. در شیرخوار یا کودکی که پاسخی به تحریکات نمی‌دهد، زبان ممکن است راه هوایی را مسدود کرده و مانع تهویه گردد.



راه هوایی را می‌توان با استفاده از مانور عقب بردن سر و بالا بردن چانه^۱ هم برای مصدومین و هم بیماران غیرمصدوم انجام داد. برای تنفس دادن به یک شیرخوار از تکنیک دهان به دهان و بینی و در کودکان از تکنیک دهان به دهان استفاده نمایید. مطمئن شوید که تنفس‌ها مؤثرند (قفسه سینه همزمان با تنفس کمکی بالا بیاید). هر تنفس بایستی حدود یک ثانیه طول بکشد. در صورتی که قفسه سینه بالا نیاید، دوباره به سر وضعیت داده، مراقب

نشت هوا باشید و دوباره تلاش کنید. شاید لازم باشد برای برقراری بهترین موقعیت و وضعیتی که حداکثر باز بودن راه هوایی را در پی داشته و تنفس مؤثری ایجاد نماید، سر کودک را در وضعیت‌های مختلف قرار دهید. البته برای این کار حتماً باید از عدم صدمه به نخاع گردنی اطمینان حاصل کنید.

۷. هماهنگی بین فشردن قفسه سینه و تنفس

در مرحله بعدی و بدون وقفه در عملیات احیا، بعد از دادن ۲ تنفس، سریعاً ۳۰ ماساژ بدهید. احیاگر تنها، بایستی دوره‌های ۳۰ ماساژ و ۲ تنفس را برای مدت ۲ دقیقه (تقریباً ۵ دوره) قبل از ترک بیمار به منظور اطلاع رسانی به اورژانس و یا تهیه یک دفیبریلاتور خارجی اتوماتیک^۲ ادامه دهد.

در صورتی که ماسک در دسترس بود از آن استفاده نمایید. در شیرخواران در صورتی که برای ایجاد یک تماس محکم بین دهان و ماسک مشکلی وجود داشت، تنفس دهان به دهان یا دهان به بینی را امتحان کنید. اگر از روش دهان به دهان استفاده می‌کنید، بینی را و در صورتی

^۱ Head tilt-Chin lift

^۲ AED: Automated External Defibrillator

که از روش دهان به بینی استفاده می‌کنید، دهان را ببندید. بهر حال باید مطمئن شوید که به هنگام تنفس قفسه سینه بالا می‌آید. اگر عملیات احیا به صورت تک نفره انجام می‌شود دو تنفس کمکی با کمترین زمان ممکن در توقف ماساژها بعد از هر ۳۰ ماساژ بدهید.

۸. اطلاع رسانی به اورژانس

در صورتی که دو احیاگر وجود دارند، یک نفر بایستی فوراً عملیات احیا را شروع نموده و دیگری سیستم اورژانس را خبر کرده و در صورتیکه دفیبریلاتور خارجی اتوماتیک (AED) در دسترس باشد، آن را فراهم نماید. پیشتر شیرخواران و کودکان دچار ایست قلبی، یک ایست ناشی از خفگی دارند بنابر این برای احیا کننده تنها، انجام عملیات احیا برای ۲ دقیقه، قبل از فراخوانی اورژانس و تهیه AED، توصیه می‌شود. احیاگر تنها بایستی سریعاً بر بالین قربانی برگشته و هر چه سریعتر از AED (در صورتی که تهیه کرده باشد) استفاده نموده یا عملیات احیا را با شروع مجدد ماساژ قلبی از سر گیرد. دوره‌های ۳۰ ماساژ و ۲ تنفس را تا رسیدن تیم احیای اورژانس و یا شروع تنفس خودبخودی ادامه دهد. نحوه و مراحل استفاده از AED در آخر فصل آمده است.

احیای پایه توسط احیاگر حرفه‌ای (فردی که آموزش احیای دو نفره دیده است)

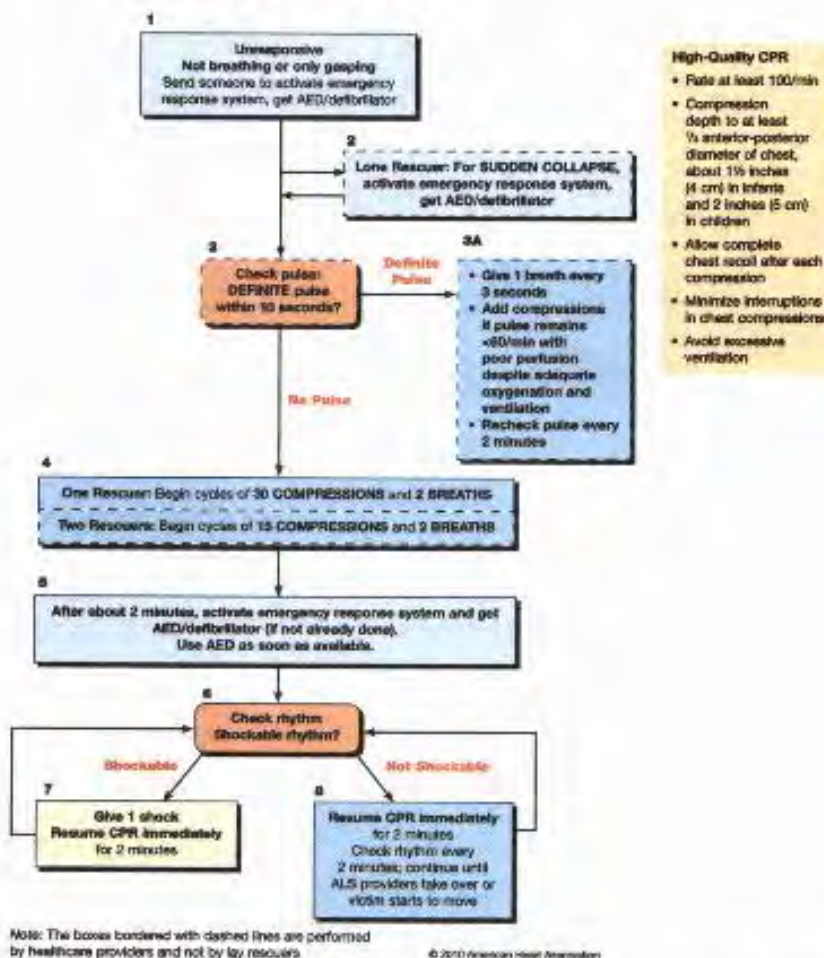
احیای پایه توسط افراد حرفه‌ای شاغل در مراکز درمانی و سرویس‌های اورژانس شهری، مشابه احیای پایه برای افراد غیر حرفه‌ای است، بجز تغییرات ناچیزی که در ادامه توضیح داده خواهد شد. احیا کننده‌های حرفه‌ای به صورت تیمی این کار را انجام می‌دهند. برخی از فعالیت‌هایی که قبل از این شرح داده شد، در این حالت به صورت همزمان صورت می‌گیرد (مانند ماساژ قلبی و نفس دادن).

احیا کننده حرفه‌ای باید ترتیب اقدامات احیا را بر مبنای محتمل‌ترین دلیل ایست قلبی تنظیم کند. به عنوان مثال اگر ایست قلبی ناگهانی است (افتادن ناگهانی کودک یا نوجوان در طی فعالیت ورزشی یا کودکی که از نظر آریتمی پر خطر محسوب می‌شود)، احیا کننده حرفه‌ای باید بنا را بر این بگذارد که بیمار دچار یک ایست قلبی ناشی از فیبریلاسیون بطنی^۱ شده است. هرچه سریعتر باید مشخص شود که کودک پاسخ می‌دهد؟ و نفس می‌کشد؟ یا فقط دهنگ می‌زند؟ (نفس‌های بسیار ضعیف و نامنظم (gaspings) در این حالت احیا کننده‌ها باید به سرعت از

۱. VF: Ventricular Fibrillation

احیای پایه کودکان برای کارکنان بخش سلامت

Pediatric BLS Healthcare Providers



اورژانس کمک بخواهند و همزمان با شروع عملیات احیا در صورت امکان از AED استفاده کنند.

نیاز کودک به احیا را بررسی نمایید (۱)

اگر بیمار پاسخ نمی‌دهد و نفس نمی‌کشد (فقط دهنک می‌زند) از فرد دیگری بخواهید به اورژانس تلفن بزنند.

۱. شماره‌هایی که از این پس در جلوی برخی از عناوین یا عبارت متن می‌آید با خانه‌های الگوریتم صفحه ۱۵ مطابقت دارند.

نبض را چک کنید (۳)

اگر شیرخوار یا کودک پاسخ نمی‌دهد و نفس نمی‌کشد (دهنگ را نمی‌توان به حساب تنفس گذاشت)، احیا کننده حرفه‌ای ممکن است ده ثانیه برای جستجوی یک نبض (براکیال در شیرخواران و کاروتید یا فمورال در کودک) وقت صرف کند. اگر در طی ده ثانیه نتوانست نبض را حس کند یا از وجود نبض مطمئن نبود،



باید ماساژ قلبی را شروع کند. در بسیاری از موارد در وضعیت اورژانس لمس کردن نبض خیلی سخت است و مطالعات نشان می‌دهد احیاگرهای حرفه‌ای همچون احیاگرهای غیر حرفه‌ای قادر نخواهند بود بطور قابل اعتمادی وجود یا عدم وجود یک نبض را تشخیص دهند.

تنفس ناکافی همراه با وجود نبض

اگر با وجود این که نبض قابل لمس و تعداد آن بیش از ۶۰ بار در دقیقه است، تنفس ناکافی است، تنفس کمکی را با سرعت ۱۲ تا ۲۰ بار در دقیقه شروع کنید (هر ۳ تا ۵ ثانیه، یک نفس) و این کار را تا زمانی که تنفس خودبخودی باز گردد، ادامه دهید (A۳). نبض را هر ۲ دقیقه ارزیابی کنید. توجه داشته باشید که هر بار بیش از ۱۰ ثانیه برای انجام این کار صرف نکنید.

برادیکاردی با پرفیوژن ناچیز

اگر نبض از ۶۰ تا در دقیقه کمتر است و علیرغم فراهم کردن اکسیژناسیون و تهویه، کماکان علائمی از گردش خون ناچیز (مثل رنگ پریدگی، ماتلینگ، سپانوز) وجود دارد، باید ماساژ قلبی را شروع کرد. با توجه به اینکه برون ده قلبی در کودکان و شیرخواران وابسته به ضریب قلب است، در صورت وجود برادیکاردی شدید همراه پرفیوژن ناچیز، باید به کودک ماساژ قلبی داد؛ زیرا ایست قلبی قریب الوقوع بوده و شروع احیا قبل از ایست قلبی کامل منجر به بقای عمر بهتری خواهد بود.

ماساژ قلبی (۴)

در صورتی که شیرخوار یا کودک پاسخ نمی‌دهد، تنفس ندارد و هیچ نبضی ندارد (یا اطمینان ندارید که نبضی وجود دارد)، ماساژ قلبی را شروع کنید (این کار را همانگونه که برای افراد غیر حرفه‌ای گفته شد، انجام دهید). تنها اختلاف در ماساژ قلبی‌ای که توسط افراد حرفه‌ای انجام می‌شود، تفاوت در شیرخواران است. احیاگر حرفه‌ای برای شیرخواران باید از تکنیک دو انگشتی استفاده کند.

در این تکنیک دست حلقه می‌شود و توسط دو شصت ماساژ انجام می‌شود، زمانی توصیه می‌شود که احیا توسط دو نفر صورت گیرد، با دو دست قفسه سینه شیرخوار را به صورت حلقه بگیرید، انگشتان خود را در پشت قفسه سینه قرار داده و انگشتان شصت را همراه با هم در یک سوم تحتانی استرنوم قرار دهید، خیلی محکم با انگشتان شصت استرنوم را فشار دهید.

روش دو شصتی که در آن دست‌ها دور قفسه صدی قرار می‌گیرند نسبت به روش دو انگشتی ترجیح داده می‌شود، زیرا باعث ایجاد گردش خون مؤثرتر در عروق قلبی می‌شود، این روش همچنین منجر به ایجاد عمق مناسب‌تر یا

نیروی بیشتر در ماساژ شده و می‌تواند فشارهای سیستولیک و دیاستولیک بالاتری ایجاد کند. اگر شما به لحاظ فیزیکی نمی‌توانید دستانتان را به دور قفسه صدی بیمار حلقه کنید، ماساژ را به روش دو انگشتی بدهید.



تهویه (۴)

بعد از دادن ۳۰ ماساژ (در احیای دو نفره، ۱۵ ماساژ)، راه هوایی را با مانور Head tilt- chin lift (بالا کشیدن چانه + خم کردن سر) باز کنید و دو تنفس بدهید. اگر شواهدی از ضربه وجود دارد که امکان آسیب نخاعی مطرح است، از تکنیک Jaw thrust بدون استفاده از Head tilt (بالا کشیدن چانه بدون



مانور بر روی گردن) استفاده کنید. از آنجایی که باز نگهداشتن راه هوایی و برقراری تهویه تنفسی کافی در احیای اطفال مهم است، در صورتی که تکنیک Jaw thrust قادر به باز کردن راه هوایی نبود از مانور Head tilt- chin lift استفاده کنید.

تهویه هماهنگ با ماساژ قلبی

در احیای یک نفره از نسبت ۳۰ به ۲ استفاده می‌شود، برای احیای دو نفره کودکان و شیرخواران در حالی که یک احیا کننده ماساژ قلبی می‌دهد، احیا کننده دیگر راه هوایی را باز نگه می‌دارد و تنفس را به نسبت ۱۵ به ۲ می‌دهد. تنفس کمکی باید با کمترین وقفه در ماساژ انجام شود، اگر بیمار راه هوایی پیشرفته داشت،^۱ توالی تهویه و ماساژ دیگر کاربردی ندارد و بدون اینکه برای تنفس کمکی وقفه‌ای صورت گیرد، ماساژدهنده حداقل ۱۰۰ ماساژ در دقیقه بطور مداوم می‌دهد. فردی که تنفس کمکی می‌دهد، ۸ تا ۱۰ تنفس در دقیقه (یک نفس هر ۶ تا ۸ ثانیه) می‌دهد. باید در شرایط پر استرسی که کودک دچار ایست قلبی است، از دادن تنفس کمکی بیش از حد اجتناب شود.

شوک الکتریکی (۶)

فیبریلاسیون بطن می‌تواند علت کلاپس ناگهانی باشد یا می‌تواند در طی عملیات احیا ایجاد شود. کودکانی که دچار کلاپس ناگهانی شده‌اند (همچون کودکانی که در جریان فعالیت ورزشی کلاپس می‌کند) احتمالاً فیبریلاسیون بطنی دارند و یا تکیکاردی بطنی بدون نبض دارند. در این مواقع نیاز به احیای فوری و شوک الکتریکی سریع می‌باشد. فیبریلاسیون بطنی و تکیکاردی بدون نبض بعنوان مواردی از اختلال در ریتم قلب شناخته می‌شوند که به شوک الکتریکی (دیفبریلاسیون) پاسخ می‌دهند و اصطلاحاً «قابل شوک» (shockable) هستند. بسیاری از AED ها ویژگی‌های قابل توجهی در تشخیص ریتم‌های قابل شوک در کودکان دارند و تعدادی از آن‌ها طوری تعبیه شده‌اند تا انرژی خروجی را تا حدی کاهش دهند تا برای شیرخواران و کودکان کمتر از ۸ سال مناسب باشند. هنگامی که احیا کننده حرفه‌ای و آموزش دیده است، ریتم قابل شوک را در شیرخوار تشخیص می‌دهد و استفاده از دیفبریلاتور دستی ارجح است.

۱. توله تراشه یا سایر وسایل باز کردن راه هوایی مانند لارنژال ماسک

در کودکان دوز اول توصیه شده برای شوک الکتریکی ۲ ژول به ازای هر کیلوگرم (۲J/KG) است. هر گاه به دوز دوم نیاز بود، باید مقدار انرژی را ۲ برابر کرد (۴J/KG). چنانچه دستگاه شوک الکتریکی دستی در دسترس نمی باشد، AED ای که به کاهش دهنده انرژی برای اطفال مجهز باشد، در شیرخواران ترجیح داده می شود. به طور کلی برای کودکان کمتر از ۸ سال در صورت لزوم در به کار بردن AED، استعمال آن با کاهش دهنده انرژی برای اطفال توصیه می شود. اگر هیچکدام در دسترس نبود AED بدون کاهش دهنده انرژی نیز می تواند مورد استفاده قرار گیرد. دیده شده AED هایی که انرژی های بالا ایجاد می کنند نیز بدون اینکه آسیبی به میوکارد وارد کنند، بطور موفق در شیرخواران استفاده شده اند.

احیا گر ها باید ماساژ قلبی و دادن شوک را به گونه ای هماهنگ نمایند تا فاصله زمانی بین ماساژها و دادن شوک به حداقل برسد و دوباره احیا را با ماساژ قلبی بلافاصله بعد از دادن شوک، ادامه دهند. AED این قابلیت را دارد که به احیا کننده هشدار دهد تا ریتم را هر ۲ دقیقه مورد تجزیه و تحلیل مجدد قرار دهد.

احیا فقط با دست (فقط ماساژ)

احیا مناسب در شیرخوار و کودک شامل هم ماساژ و هم تهویه است. در ایست قلبی با منشأ تنفسی تهویه زمانی که به ماساژ قلبی اضافه می گردد، نتایج بهتری را فراهم خواهد ساخت. همچنین تنفس های کمکی در طی احیای ناشی از ایست قلبی با منشأ تنفسی مهمتر از ایست قلبی با منشأ قلبی است. ایست های قلبی با منشأ تنفسی در شیرخواران و نوزادان شایعترین نوع ایست قلبی است، اما حتی در ایست های با منشأ تنفسی تهویه کمکی کمتری برای حفظ نسبت تهویه به گردش خون مناسب مورد نیاز است زیرا برون ده قلبی و در نتیجه جریان خون ریوی ایجاد شده توسط ماساژ قلبی نیز کاهش یافته است.

وسایل کمکی در تنفس

وسایل محافظ

با این که تنفس دهان به دهان، ایمن است و خطر انتقال عفونت در آن کم است، استفاده از وسایل محافظ این خطر کم انتقال عفونت را کاهش نداده است. در برخی موارد احیا کننده (حرفه ای یا غیر حرفه ای) برای تهیه وسیله محافظ احیا را به تأخیر انداخته است این در حالی

است که برخی از این وسایل می‌توانند در مقابل جریان هوا مقاومت ایجاد کنند. چنانچه برای تهیه یک وسیله محافظ یا یک وسیله کمکی احتمال می‌دهید احیا به تأخیر بیفتد، تنفس دهان به دهان را شروع کنید یا روش ماساژ به تنهایی را به کار برید.

تنفس با بگ (کیسه) و ماسک (افراد حرفه‌ای)

تنفس با بگ و ماسک یک روش احیای اساسی برای کارکنان حرفه‌ای است. این روش به آموزش، تمرین و بازآموزی‌های دوره‌ای نیاز دارد. لازم است بگ و ماسک به اندازه مناسب انتخاب شود، راه هوایی باز شود، بین ماسک و صورت یک تماس محکم برقرار شود، تنفس‌های مؤثر داده شود و مؤثر بودن تنفس‌های کمکی (بالا آمدن دو طرفه قفسه سینه chest rising) ارزیابی شود.



از بگ‌های خود متسع شونده با حجم حداقل ۴۰۰ تا ۵۰۰ سی‌سی برای شیرخواران و کودکان کوچکتر استفاده کنید، زیرا بگ‌های با حجم کمتر ممکن است قادر نباشد حجم جاری مؤثری ایجاد کند، یا در یک شیرخوار یا نوزاد ترم زمان تهویه دمی طولانی‌تری را به همراه داشته باشد. ممکن است در کودکان بزرگتر و نوجوانان برای برقراری یک تهویه کامل، بگ خود متسع شونده بالغین (۱۰۰۰ سی‌سی) مورد نیاز باشد.



یک بگ متسع شونده فقط هوای اتاق را تحویل می‌دهد مگر اینکه منبع اکسیژن اضافی به آن متصل شود. حتی اگر به میزان ۱۰ لیتر در دقیقه اکسیژن به کودک از طریق بگ و ماسک بدهیم، غلظت اکسیژنی که به بیمار می‌رسد، حداکثر ۳۰ تا ۸۰ درصد خواهد بود که بستگی

به حجم جاری و میزان حداکثر جریان دمی بیمار دارد. برای تحویل اکسیژن با غلظت بالا (۶۰ تا ۹۵ درصد) باید یک کیسه ذخیره به بگ خود متسع شونده اضافه شود، در چنین حالتی جریان ۱۰ یا ۱۵ لیتر اکسیژن در دقیقه مورد نیاز است. برای تحویل چنین درصدی از اکسیژن (۶۰ تا ۹۵ درصد) در حین استفاده از بگ بالغین باید جریان اکسیژن را حداقل در حد ۱۵ لیتر

در دقیقه قرار دهید.

احتیاط

احیاگران حرفه‌ای بویژه هنگامی که یک راه هوایی پیشرفته برقرار می‌شود، ممکن است تنفس‌های کمکی بیش از حد بدهند. تهویه بیش از حد به دلایل زیر مضر خواهد بود:

- فشار داخل قفسه سینه را افزایش داده و در برگشت وریدی به قلب اختلال ایجاد می‌کند.
- این امر سبب کاهش برون ده قلبی، جریان خون مغز و عروق کرونری می‌شود.
- در بیمارانی که دچار انسداد راه‌های هوایی کوچک هستند، باعث احتباس هوا و باروتروما می‌گردد.

- در بیمارانی که فاقد راه هوایی پیشرفته می‌باشند، خطر رگورژیتاسیون^۱ و آسپیراسیون^۲ را افزایش می‌دهد.

باید از تنفس کمکی بیش از حد اجتناب کنید. نیرو و حجم جاری مورد نیاز را فقط به گونه‌ای فراهم کنید که قفسه سینه بالا بیاید. هر تنفس را آهسته بدهید و بالا آمدن قفسه سینه را نگاه کنید. اگر قفسه سینه بالا نیامد مجدداً بررسی نمایید: راه هوایی را باز کنید، از صحت اتصال بین ماسک و صورت یا بین بگ و راه هوایی پیشرفته اطمینان حاصل کنید و مجدداً تنفس کمکی بدهید. از آنجایی که تهویه مؤثر با بگ و ماسک نیازمند مراحل پیچیده‌ای است این روش در احیای یک نفره توصیه نمی‌شود.

کودکان مبتلا به انسداد راه هوایی یا بیمارانی که کمپلیانس ریوی کمی دارند، ممکن است نیازمند فشارهای دمی بالاتری برای ایجاد یک تهویه مؤثر باشند (تا حدی که باعث بالا آمدن قفسه سینه شود). دریچه آزاد کننده فشاری که در سیستم بگ و ماسک طراحی شده است، ممکن است مانع ایجاد حجم جاری کافی در این بیماران گردد. اطمینان حاصل کنید که با وسایل بگ - ماسک موجود، قادر خواهید بود اثر دریچه‌های کاهنده فشار را در موارد خاص از بین برده و در صورت لزوم برای ایجاد تهویه مناسب فشارهای بالاتری ایجاد کنید.

تهویه بگ - ماسک (دو نفره)

اگر احیاکنندگان ماهر در دسترس باشند، روش احیای دو نفره نسبت به روش احیای یک

۱. بازگشت غیر ارادی محتویات معده به حلق
۲. وارد شدن محتویات دهان و حلق به پای و ریه



نفره در برقراری تهویه موثر با بگ و ماسک موفق‌تر است. تکنیک احیای دو نفره در مواردی که انسداد راه هوایی قابل توجه، ظرفیت ریوی ناچیز یا در برقراری اتصال محکم بین ماسک و صورت اشکال وجود دارد، مؤثرتر است. یک احیاکننده از هر دو دست جهت باز کردن راه هوایی و هم برقراری یک تماس محکم بین صورت و ماسک استفاده می‌کند در حالی که دیگری بگ را فشار می‌دهد. هر دو احیا کننده باید قفسه سینه را نگاه کنند تا از بالا آمدن آن

اطمینان حاصل کنند. با توجه به اینکه احیای دو نفره می‌تواند موثرتر باشد، مراقب باشید که از دادن حجم‌های خیلی زیاد که منجر به تهویه بیش از حد می‌شود، اجتناب کنید.

باد شدن معده و فشردن کریکوئید



باد شدن معده می‌تواند با تهویه موثر تداخل داشته باشد و باعث رگورژیتاسیون (برگشت محتویات معده به دهان و احتمال آسپیراسیون ریوی) گردد. جهت کاهش احتمال انساع معده:

- از فشارهای دمی بیش از حد اجتناب کنید. این کار را با برقراری هر تنفس طی حدود یک ثانیه انجام دهید.

- فشردن کریکوئید را می‌توان انجام داد، اما فقط در صورتی که قریانی پاسخ‌گو نباشد و یک احیاگر حرفه‌ای در دسترس باشد. از فشار بیش از حد بروی کریکوئید اجتناب کنید، زیرا می‌تواند موجب بسته شدن تراشه شود.

تجویز اکسیژن

بررسی‌های متعدد تئوری و حیوانی نشان می‌دهد، تجویز اکسیژن ۱۰۰ درصد، ممکن است عوارض نامطلوبی به همراه داشته باشد. تا زمانی که اطلاعات جدیدتری در دسترس قرار گیرد، منطقی است که احیاگران حرفه‌ای در طی احیا از اکسیژن ۱۰۰ درصد استفاده کنند. وقتی

گردش خون به حالت طبیعی برگشت، میزان اشباع اکسیژن را مانیتور کنند. منطقی است در این حالت میزان تجویز اکسیژن به گونه‌ای تنظیم شود که میزان اشباع هموگلوبین مساوی یا بیش از ۹۴ درصد بماند. از آنجا که تجویز اکسیژن خشک سبب خشک شدن مخاط و غلیظ شدن ترشحات می‌شود، باید تا حد امکان اکسیژن مرطوب شود.



ماسک‌های اکسیژن

ماسک‌های ساده اکسیژن می‌توانند غلظت اکسیژنی معادل ۳۰ تا ۵۰ درصد، در بیمار دارای تنفس خودبخودی، ایجاد کنند. برای ایجاد درصدهای بالاتر اکسیژن باید از یک ماسک غیر خود متسع شونده^۱ به همراه جریان اکسیژن حدود ۱۵ لیتر در دقیقه استفاده کنیم به طوری که بگ ذخیره باد شود.



کانول بینی

برای تجویز اکسیژن در کودکانی که تنفس خود بخودی دارند، کانول‌های بینی سایز اطفال و شیرخواران مناسب است. غلظت اکسیژن تجویزی با این روش محدود بوده و بستگی به اندازه کودک، تعداد تنفس و تلاش‌های تنفسی او دارد.

۹. مراحل استفاده از AED

۱. دستگاه AED را روشن کنید. مطابق دستورالعمل دستگاه عمل

نمایید.

۲. بلافاصله بعد از شوک ماساژ قلبی را شروع کنید. وقفه‌های ماساژ قلبی را به حداقل برسانید.

۳. احیاگران بایستی هماهنگی لازم بین ماساژ قلبی و دادن شوک را به منظور ایجاد حداقل وقفه زمانی بین آنها و ادامه عملیات احیا با ماساژ قلبی، بلافاصله بعد از تخلیه شوک، انجام دهند.

۴. AED هر دو دقیقه وضعیت را به منظور تحلیل مجدد ریتم



^۱..Non Breathing

قلبی به احیاگر اعلان می‌نماید. به طور ایده‌آل دادن شوک بایستی با حداقل وقفه زمانی بعد از ماساژ قلبی انجام شود.

جنبه‌های مهم احیا در کودکان حادثه دیده:

اصول احیای پایه برای کودک مصدوم مشابه حالتی است که برای کودک بدحال گفته شد. اما با این وجود برخی جوانب آن از اهمیت خاصی برخوردار است که عبارتند از:

۱. انسداد راه هوایی در اثر تکه‌های دندان، خون یا سایر مواد خارجی را پیش بینی کنید. در صورت نیاز از ساکشن استفاده کنید.
۲. کلیه خونریزی‌های خارجی را با اعمال فشار مستقیم روی آن‌ها متوقف کنید.
۳. زمانی که بر اساس مکانیسم آسیب وارده احتمال صدمه دیدن ستون فقرات وجود دارد، حرکت ستون فقرات گردنی و جابجایی‌های سر و گردن را به حداقل برسانید.
۴. اگر دو احیاگر حضور دارند، در حالی که یک احیاگر راه هوایی را باز می‌کند، نفر دیگر می‌تواند با کمک دست‌ها حرکت ستون فقرات گردنی را محدود کند.
۵. برای محدود کردن حرکت ستون فقرات، حداقل ران‌ها، لگن و شانه‌های مصدوم را به تخته بی‌حرکت کننده، محکم کنید.
۶. در صورت امکان کودک مبتلا به آسیب‌های جدی را به یک مرکز تروما پیشرفته در زمینه کودکان ارجاع دهید.

پیوست‌ها

چک لیست محتویات جعبه کمک‌های اولیه

ردیف	عنوان	صفر	یک
۱	کارت حاوی شماره تلفن‌های اورژانس موجود است؟	☐	☐
۲	مداد، خودکار و دفترچه یادداشت برای ثبت اطلاعات و دستورات پزشک موجود است؟	☐	☐
۳	نوار پارچهای استریل (باند) موجود است؟	☐	☐
۴	گاز استریل برای تمیز کردن سطح صدمه‌دیده و پوشاندن زخم‌ها و بریدگی‌ها موجود است؟	☐	☐
۵	باند کشی یا وسیله‌ای مانند آن برای بستن ناحیه آسیب دیده مثلاً پیچ خوردگی مچ پا موجود است؟	☐	☐
۶	پتیه موجود است؟	☐	☐
۷	پماد سوختگی موجود است؟	☐	☐
۸	پوشش چشمی برای محافظت چشم‌ها در مواقعی که جسم خارجی در چشم است که نمی‌توان آن را برداشت موجود است؟	☐	☐
۹	بانداز سه گوش برای محافظت بازوی صدمه دیده موجود است؟	☐	☐
۱۰	گیره‌های ایمن برای بانداز سه گوش موجود است؟	☐	☐
۱۱	اسپلینت پلاستیکی یا آلومینیومی کوچک برای بی حرکت کردن انگشتان آسیب دیده موجود است؟	☐	☐
۱۲	نوار چسب موجود است؟	☐	☐
۱۳	کیسه یخ برای رفع کبودی موجود است؟	☐	☐

۱۴	انبرک برای خارج کردن تراشه‌های چوب و مانند آن موجود است؟	☐	☐
۱۵	شیشه محتوی شربت ایپکاک (فقط پس از توصیه پزشک استفاده شود) موجود است؟	☐	☐
۱۶	کارت تلفن یا سکه برای استفاده از تلفن عمومی موجود است؟	☐	☐
۱۷	داروهایی مانند شربت دیفن هیدرامین، آمپول آدرنالین و سرنگ برای کودکانی که سابقه حساسیت دارند موجود است؟	☐	☐
۱۸	دستکش یکبار مصرف برای محافظت دست‌ها از تماس با خون یا مایعات دیگر موجود است؟	☐	☐
۱۹	مواد ضد عفونی کننده برای تمیز کردن محل آسیب موجود است؟	☐	☐
۲۰	قیچی برای بریدن نوار یا لباس موجود است؟	☐	☐
۲۱	دماسنج برای کنترل دمای بدن موجود است؟	☐	☐
۲۲	بطری آب برای شستشوی محل آسیب و شستن دست‌ها موجود است؟	☐	☐
۲۳	صابون برای شستشوی دست یا منطقه آسیب دیده موجود است؟	☐	☐
۲۴	نام فرد کنترل کننده محتوبات جعبه مشخص است؟	☐	☐

چک لیست ایمنی اسباب بازی‌ها

ردیف	عنوان	صفر	یک
۱	اسباب بازی‌ها لبه تیز ندارند؟	☐	☐
۲	اسباب بازی‌ها اجزای کوچک ندارند؟	☐	☐
۳	اسباب بازی‌ها قسمت‌های سوراخ‌دار ندارد تا انگشتان کودک گیر نکند.	☐	☐
۴	اسباب بازی رنگ مناسب دارد؟	☐	☐
۵	اسباب بازی پیچ و مهره لق ندارد؟	☐	☐
۶	اسباب بازی‌ها با رنگ بدون سرب رنگ شده‌اند؟	☐	☐
۷	اسباب بازی‌ها زمانی که استفاده نمی‌شوند مرتب و در جای مخصوص قرار می‌گیرند؟	☐	☐
۸	اسباب بازی‌هایی که در دهان قرار می‌گیرند شسته و ضد عفونی می‌شوند؟	☐	☐
۹	کودکان اجازه بازی با کیسه پلاستیکی یا بادکنک را ندارند؟	☐	☐
۱۰	اسباب بازی‌ها اندازه دهان کودکان نیستند و قسمت‌های جدا شدنی که سبب خفگی کودکان شوند را ندارند؟	☐	☐
۱۱	سکه، گیره، نیله در میان اسباب بازی‌های کودکان نمی‌باشد.	☐	☐
۱۲	اسباب بازی‌های پرتاب کردنی و پرتاب شونده در اختیار کودکان نمی‌باشد؟	☐	☐
۱۳	تمام مواد صنعتی در دسترس کودکان دارای برچسب غیرسمی است؟	☐	☐
۱۴	اسباب بازی‌های پارچه‌ای در برابر آتش مقاوم هستند؟	☐	☐
۱۵	در طول و عرض تختخواب کودکی که می‌تواند بنشیند اسباب بازی آویزان نیست؟	☐	☐
۱۶	جعبه، پستانک یا اشیای دیگر دور گردن کودکان آویزان نیست؟	☐	☐
۱۷	اسباب بازی‌ها آنقدر بزرگ هستند که کودک نتواند در داخل دهان بگذارد؟	☐	☐
۱۸	اسباب بازی‌ها در پایان روز شسته می‌شوند؟	☐	☐

چک لیست ایمنی مرکز مراقبت از کودک

ردیف	عنوان	صفر	یک
شرایط فیزیکی			
۱	ساختمان با آجر و تیر آهن یا بتون بنا شده است؟	☐	☐
۲	ساختمان به دور از کوچه یا خیابان پر تردد (وسایل نقلیه) واقع شده است؟ (در صورت واقع شدن در خیابان پر تردد، پیاده‌رو عریض (حداقل ۲ متر) است یا کف‌نویسی هشدار خیابان انجام شده است، یا سرعت‌گیر نصب شده است و یا ترده‌کشی پیاده‌رو انجام شده است؟)	☐	☐
۳	روی لبه‌های تیز و آسیب‌زا ضربه‌گیر نصب شده است؟	☐	☐
محیط‌های داخلی عمومی			
۴	محیط تمیز و مرتب و بدون مانع است؟	☐	☐
۵	پله‌ها لغزنده نبوده و برای پیشگیری از سقوط در کناره آن‌ها نرده و میله‌های محافظ قرار دارد؟	☐	☐
۶	هشدار دهنده‌های دود سالمند و خوب کار می‌کنند؟	☐	☐
۷	از رنگ‌های حاوی سرب استفاده نشده و رنگ‌های دیوار پوسته پوسته نیستند؟	☐	☐
۸	پریزهای برق در ارتفاع مناسب و دور از دسترس کودکان است و یا به طور ایمن پوشیده شده است؟	☐	☐
۹	هیچ سیم برقی آویزان یا بدون پوشش در محل وجود ندارد؟	☐	☐
۱۰	تمام لوازم و وسایل و میز و صندلی‌ها همراه بررسی می‌شود (پیچ و مهره‌های شان شل نشده است)	☐	☐
۱۱	از میز و صندلی به عنوان نردبان یا چوب لباسی استفاده نمی‌شود؟	☐	☐
۱۲	میز و صندلی و قفسه‌ها مناسب کودکان است؟ (بالاترین ارتفاع مناسب دسترسی برای قفسه ۹۰ سانتی‌متر و میز ۵۳ سانتی‌متر است)	☐	☐
۱۳	هیچ لبه و گوشه تیزی در میز و صندلی و سایر وسایل و مبلمان وجود ندارد؟	☐	☐
۱۴	اسباب بازی‌ها ایمن است؟ (بدون لبه تیز، بدون نقاط گازگیر و بدون اجزای ریز و کوچک)	☐	☐
۱۵	در خروج اضطراری اتاق بدون مشکل باز می‌شود؟	☐	☐
۱۶	پنجره‌ها و قسمت‌های نزدیک به زمین و در دسترس کودکان، میله و نرده‌های محافظ دارد؟ (محافظ پنجره ایمن است و کودک نمی‌تواند آن را باز کند اما باز کردن آن برای بزرگسالان در مواقع اضطراری و آتش‌سوزی آسان است).	☐	☐
۱۷	کودکان نمی‌توانند به سطوح داغ، لوله‌های آب گرم و وسایل گرم‌زا دسترسی داشته باشند؟	☐	☐

۱۸	☐	☐	از یخاری‌های بدن حفاظت استفاده نمی‌شود؟ (لوله‌های یخاری محکم و دور از دسترس کودکان قرار دارد)
۱۹	☐	☐	دمای آب گرم برای شستشوی دست‌ها کمتر از ۳۲ درجه سانتی‌گراد تنظیم شده است؟
۲۰	☐	☐	نور در تمام اتاق‌ها کافی است؟ (تهویه به صورت طبیعی و یا مصنوعی به طور کامل انجام می‌شود)
۲۱	☐	☐	مسیرهای تردد بین وسایل خواب کودکان و مراقبان روشن است؟
۲۲	☐	☐	کودکان هیچ‌گاه روی صندلی‌های بلند و یا میز تعویض پوشک تنها گذاشته نمی‌شوند؟
۲۳	☐	☐	از روروک برای کودکان استفاده نمی‌شود؟
۲۴	☐	☐	از پستانک استفاده نمی‌شود؟ (پستانک با بند بلندتر از ۱۵ سانتی‌متر ممنوع است موجب خفگی کودک شود).
۲۵	☐	☐	تلفن ضروری در دسترس است؟
۲۶	☐	☐	شماره تلفن‌های اورژانس ۱۱۵، پلیس نیروی انتظامی و آتش‌نشانی در کنار تلفن یادداشت شده است؟
۲۷	☐	☐	سطح زباله درپوش دارد و دارای کیسه زباله است؟
۲۸	☐	☐	اندازه سطح زباله به گونه‌ای است که امکان مخفی شدن کودکان در آن وجود ندارد؟
۲۹	☐	☐	سیگار کشیدن ممنوع است؟
۳۰	☐	☐	سطوح صاف و تمیز بوده و لغزنده نیستند؟ و ضدعفونی سطوح صورت می‌گیرد؟ کف اتاق یا پوشش مناسب، تمیز، قابل شستشو و نرم پوشیده شده است؟
۳۱	☐	☐	دیوارها پوشش قابل شستشو دارد؟
۳۲	☐	☐	وسایل شبشهای دور از دسترس کودکان است؟
۳۳	☐	☐	تمام موکت‌ها به زمین چسبیده است؟
۳۴	☐	☐	به بچه‌های کمتر از هفت سال و کودکان نوپایی که مشکلات خوردن (بلعیدن) دارند، اجازه داده نمی‌شود که غذاهایی که ممکن است سبب خفه شدن آن‌ها شود مانند ساندویچ، آب نبات، اجیل، ذرت بو داده، انگور و زیتون بخورند؟
۳۵	☐	☐	فاصله بین نرده‌های تخت کودک کمتر از ۶ سانتی‌متر است؟
۳۶	☐	☐	سر ستون تخت بیشتر از ۲ سانتی‌متر بلندتر از نرده‌ها نمی‌باشد؟
۳۷	☐	☐	فاصله بین قاب تخت و تشک بیش از قطر ۲ بند انگشت نمی‌باشد؟

☐	☐	از قاب تخت و خارج آن چیزی آویزان نیست؟	۳۸
☐	☐	چفت و قفل تخت کاملاً ایمن و محکم است؟	۳۹
☐	☐	کودکان با قد کمتر از ۹۰ سانتی‌متر در تخت کودک گذاشته می‌شوند؟	۴۰
☐	☐	پنجره‌ها توری دارد و توری‌ها به گونه‌ای وصل شده که با فشار کم کنده نمی‌شوند؟	۴۱
☐	☐	تخت، صندلی و سایر وسایل کودک دور از وسایل گرمازا و پنجره قرار دارد؟	۴۲
☐	☐	کتابخانه یا طبقات آن به دیوار ثابت شده است و تمام طبقات آن محکم است؟	۴۳
☐	☐	آیا علائم هشدار دهنده به منظور ممنوعیت ورود کودکان به محل‌هایی مانند آشپزخانه، انباری، بالکن و موتورخانه وجود دارد؟	۴۴
☐	☐	درجه حرارت محیط به تناسب فصول حداقل ۲۰ درجه و حداکثر ۲۵ درجه سانتی‌گراد می‌باشد؟	۴۵
☐	☐	سپتیم گرمایش و لوله‌های گاز ایمن می‌باشد؟	۴۶
آشپزخانه			
☐	☐	فقط افراد مجاز اجازه دارند وارد آشپزخانه شوند؟	۴۷
☐	☐	وسایل تیز و برنده دور از دسترس کودکان قرار دارند؟	۴۸
☐	☐	اجاق‌های گاز در فاصله مناسبی از زمین قرار گرفته‌اند؟	۴۹
☐	☐	شیرهای گاز کنترل شده و دسته بازکننده آن برداشته شده است؟	۵۰
☐	☐	تمام ظروف نگهداری مواد، به طور واضح برچسب خورده و در پوش ایمن دارند؟	۵۱
☐	☐	کپسول‌های اطفای حریق به راحتی در دسترس است؟	۵۲
☐	☐	اقلام موجود در فکسه‌ها و کابینت‌ها مانند قوطی‌های کنسرو و غذاها به طور بهداشتی، ایمن و تمیز نگهداری می‌شود؟	۵۳
☐	☐	سبک شستن دست‌ها و شستن ظروف جدا است؟	۵۴
☐	☐	داروهایی که در یخچال نگهداری می‌شود، دور از دسترس کودکان قرار دارند؟	۵۵
حمام و دستشویی			
☐	☐	دستشویی و توالت برای استفاده کودکان مناسب است؟	۵۶
☐	☐	سطح زمین لغزنده نیست؟	۵۷

☐	☐	۵۸	دمای آب برای شستن دست‌ها کمتر از ۳۳ درجه سانتی‌گراد تنظیم شده است؟
☐	☐	۵۹	در حمام و دستشویی که از داخل قفل می‌شود کلید یدگی دارد؟
☐	☐	۶۰	در مقابل در ورودی حمام و دستشویی موانعی پهن شده است؟
☐	☐	۶۱	در داخل حمام از وسایل الکتریکی استفاده نمی‌شود؟
☐	☐	۶۲	کودک بدون مراقب و تنها در حمام و دستشویی رها نمی‌شود؟
☐	☐	۶۳	ایگر مکن و بخاری در حمام وجود ندارد؟
☐	☐	۶۴	لوله‌های خروج دود در حمام وجود ندارد؟
☐	☐	۶۵	داروها و مواد شوینده و پاک‌کننده دور از دسترس کودکان هستند؟
☐	☐	۶۶	آیا حداقل برای هر ۲۰ کودک یک توالت و یک دستشویی تعیین شده است؟
☐	☐	۶۷	آیا سرویس بهداشتی پرسنل از کودکان مجزا است؟
مواد شیمیایی سمی			
☐	☐	۶۸	وسایل آشپزخانه و رفت و روب، در قفسه‌های قفل دار قرار دارد؟
☐	☐	۶۹	حلال‌های پاک‌کننده و مواد شوینده ای که برای تمیز کردن کلاس‌ها و زمین بازی مورد استفاده قرار می‌گیرد در کابینت قفل دار نگهداری می‌شود؟
☐	☐	۷۰	داروها و مواد شوینده در کلاس یا محل بازی کودکان نگهداری نمی‌شود؟
فضای بیرونی و زمین بازی			
☐	☐	۷۱	پیچ و مهره‌ها پوشیده شده است و تاب صندلی ترمی دارد؟
☐	☐	۷۲	زمین بازی با مواد نرم و ضربه‌گیر پوشیده شده است؟
☐	☐	۷۳	اطراف زمین بازی، دیوار و حصار کشیده شده و در ورودی آن قفل ایمنی دارد؟
☐	☐	۷۴	محل‌های پرتگاه مانند کنار حوض، پلکان و لبه بالکن و ایوان با توده ایمن به ارتفاع حداقل ۶۰ سانتی‌متر مجهز شده است؟
☐	☐	۷۵	فضایی وجود ندارد که سر، دست یا پای کودک در آن گیر کند؟
☐	☐	۷۶	وسایل بازی بطور هفتگی بررسی می‌شوند؟
☐	☐	۷۷	وسایل بازی از نظر ایمنی به روز هستند؟
☐	☐	۷۸	زنجیرها، نوارها و سایر ساختمان‌های حفاظتی تاب ایمن است؟

☐	☐	۷۹ امکان نظارت مستقیم مربیان بر بازی کودکان وجود دارد؟
☐	☐	۸۰ فاصله بین پرچین و تاب مناسب است؟
☐	☐	۸۱ هنگامی که کودکی تاب بازی می‌کند کودکان دیگر در پشت یا جلوی تاب نیستند؟
☐	☐	۸۲ هیچ گیاه سمی، زباله یا جسم تیز و برنده‌ای در محیط اطراف زمین بازی وجود ندارد؟
☐	☐	۸۳ کیسه‌های شن هنگامی که از آن‌ها استفاده نمی‌شود پوشیده نگه داشته می‌شود؟
کامپیوترها، تلویزیون‌ها و لوازم الکتریکی		
☐	☐	۸۴ وسایل برقی کنار دیوار قرار دارند و پریز و دو شاخه برق شان در دسترس نیست؟
☐	☐	۸۵ تنها افراد آموزش دیده و ماهر با این وسایل کار می‌کنند؟
☐	☐	۸۶ کنار این وسایل، آب و مایعات قرار داده نمی‌شود؟
☐	☐	۸۷ کودکان هنگام استفاده از این وسایل به طور کامل تحت مراقبت و نظارت هستند؟
سرویس رفت و آمد و سایر وسایل نقلیه		
☐	☐	۸۸ جعبه کمک‌های اولیه در دسترس است؟
☐	☐	۸۹ وسایل مورد نیاز برای نشستن کودکان در خودرو با سن، وزن و رشد آن‌ها مناسب است؟
☐	☐	۹۰ کمربند ایمنی وجود دارد و مورد استفاده قرار می‌گیرد؟
☐	☐	۹۱ هنگام نیاز، کلاه ایمنی در دسترس است؟
☐	☐	۹۲ لاستیک و روغن ترمز خودرو به طور منظم بررسی می‌شود؟
☐	☐	۹۳ راننده گواهی نامه رانندگی دارد و به طور مناسب آموزش دیده است؟
☐	☐	۹۴ خودرو از نظر نبودن فلزات تیز و فرسوده مورد بررسی قرار می‌گیرد؟
☐	☐	۹۵ صدای رادبو در کمترین حد تنظیم شده و محتوای برنامه برای کودکان مناسب است؟
☐	☐	۹۶ هنگام سفرهای گروهی یک فرد بزرگسال آموزش دیده در زمینه امداد و نجات همراه گروه است؟
☐	☐	۹۷ بخاری ماشین سالم است و هیچ گونه شکاف یا ترکی در لوله‌های بخاری ماشین وجود ندارد؟
☐	☐	۹۸ سرعت ماشین همیشه زیر ۸۰ کیلومتر در ساعت است؟
		۹۹ کودکان روی پای کسی نمی‌نشینند؟

آموزش اصول ایمنی

۱۰۰	☐	☐	فرد آموزش دیده ای در زمینه اورژانس کودکان، کمک‌های اولیه، تنفس مصنوعی و کمک‌های لازم هنگام خفگی همیشه در محل حضور دارد؟
۱۰۱	☐	☐	کودکان اصول ایمنی و دستورالعمل‌های لازم در مواقع اورژانس را آموخته‌اند؟
۱۰۲	☐	☐	مراقبان به طور کامل دستورالعمل‌ها و اقدامات ایمنی برای کودکان به ویژه کودکان معلول و یا با نیازهای خاص را آموخته‌اند؟
۱۰۳	☐	☐	مربیان آموزش کمک‌های اولیه را دیده‌اند؟
۱۰۴	☐	☐	مربیان آموزش پیشگیری از آسیب‌های کودکان را دیده‌اند؟
۱۰۵	☐	☐	آیا تمامی کودکان و پرسنل تحت پوشش بیمه حوادث و مسئولیت قرار گرفته‌اند؟
۱۰۶	☐	☐	نسبت مربی به تعداد کودکان حداقل یک نفر به ازای هر ۱۰ کودک شیرخوار، ۱ نفر به ازای ۱۵ کودک نوپا، ۱ نفر به ازای هر ۱۵ کودک نوباوه است؟

وسایل هنری

۱۰۷	☐	☐	از خمیرهای بازی با رنگ طبیعی استفاده می‌شود؟
۱۰۸	☐	☐	از رنگ‌ها و آبرنگ‌های با مواد طبیعی و غیرسمی با علامت استاندارد استفاده می‌شود؟
۱۰۹	☐	☐	استفاده از قیچی با نظارت مراقب انجام می‌شود؟
۱۱۰	☐	☐	از اسپری‌ها و چسب‌های حاوی حلال‌ها و مواد فرار قوی استفاده نمی‌شود؟
۱۱۱	☐	☐	جنس اسباب‌بازی‌ها مورد تایید اداره استاندارد است و از جنس پلاستیک‌های بازیافتی نیست؟ (چگونگی تشخیص پلاستیک بازیافتی: وجود لکه‌های رنگی در پلاستیک- زیر و بک‌واخت نبودن سطح)

اردوها و سفرهای تفریحی

۱۱۲	☐	☐	نظارت کافی وجود دارد؟
۱۱۳	☐	☐	هر کودک کارتی حاوی نام و مشخصات شناسایی همراه دارد؟
۱۱۴	☐	☐	کودکان کوچک‌تر، دست هم را می‌گیرند یا هنگامی که گروهی راه می‌روند، همگی طناب در دست دارند؟
۱۱۵	☐	☐	اقدامات اورژانسی در طول سفر در دسترس است؟
۱۱۶	☐	☐	هنگام سفر یک فرد بزرگسال آموزش دیده در زمینه امداد و نجات همراه گروه است؟
۱۱۷	☐	☐	هیچ کودکی به جایی دورتر از نظارت مستقیم مراقبان نمی‌رود؟

۱۱۸	☐	☐	فاصله کودک از مراقبان مناسب است؟
۱۱۹	☐	☐	شمارش منظم کودکان از سوی مراقبان انجام می‌شود؟
۱۲۰	☐	☐	هر یک از مراقبان ناظر مناطق پر خطر یا نام و سمت مشخص شده‌اند؟
۱۲۱	☐	☐	هنگام شناسایی بازی یا انجام هر بازی و فعالیت دیگری که بازی و تماس با آب بخشی از آن است برای هر نوزاد ۱ مراقب، هر ۲ نوپا ۱ مراقب، هر ۴ بچه پیش دبستانی ۱ مراقب، هر ۶ کودک دبستانی ۱ مراقب در نظر گرفته شده است؟
۱۲۲	☐	☐	هنگام شناسایی بازی یا انجام هر بازی و فعالیت دیگری که بازی و تماس با آب بخشی از آن است هل دادن، دویدن، بردن سر زیر آب ممنوع است؟
۱۲۳	☐	☐	هنگام شناسایی بازی یا انجام هر بازی و فعالیت دیگری که بازی و تماس با آب بخشی از آن است کودکان اجازه ندارند اسباب بازی‌های غیرآبی و وسایلی که در آب شناور نمی‌شوند یا خود به منطقه بازی بیاورند؟
۱۲۴	☐	☐	وسایل ورزشی ایمن هستند؟
اقدامات اورژانسی و بلایای طبیعی			
۱۲۵	☐	☐	طوری برنامه ریزی و تمرین شده است که همه کودکان طی ۳ دقیقه محل را ترک کرده و به محل امنی می‌روند؟
۱۲۶	☐	☐	تلفن ضروری در دسترس است؟
۱۲۷	☐	☐	کپسول اطفای حریق وجود دارد؟
۱۲۸	☐	☐	شناساگر دود و سیستم هشداردهنده حریق در محل وجود دارد؟
۱۲۹	☐	☐	کیف مخصوص زلزله استاندارد تهیه شده و در دسترس است؟
۱۳۰	☐	☐	جعبه کمک‌های اولیه استاندارد وجود دارد؟ (وسایل کمک‌های اولیه مانند چسب زخم، بتادین، پماد سوختگی و... موجود است)

چک لیست بررسی وضعیت ایمنی زمین‌های بازی کودکان در پارک‌ها

ردیف	عنوان	امتیاز
	برای جلوگیری از سقوط از ارتفاع، سقوط در چاله‌ها، استخرهای آب و نقاط ناهموار در پارک‌ها	صفر یک
۱	آیا حفاظ‌های مناسب با ارتفاع حداقل ۹۰ سانتی متر پیرامون استخرهای آب و نقاطی که احتمال سقوط در آن‌ها می‌رود نصب شده است؟	☐
۲	آیا حفاظ پشت و عقب سرسره‌های بادی یک تکه و فاقد شکاف و منفذ است و در صورت دو تکه بودن آیا شکاف‌ها با طناب محکم بسته شده و سپس از کاور و پوشش مناسب بر روی قسمت دو تکه استفاده شده است؟	☐
۳	آیا کلیه نردبان‌ها و پلکان‌ها مجهز به توده و حفاظ مطمئن هستند؟ (بویژه پلکان‌هایی که بیش از چهار پله دارند)	☐
۴	برای ساخت پلکان‌های سرسره‌ها و وسایل بازی از مصالح مناسب مثل لوله‌ها و ورق‌های کنگره‌دار و صفحات مشبک استفاده شده تا مانع لغزیدن احتمالی کودکان هنگام بالا رفتن از پله‌ها شود؟	☐
۵	آیا دوطرف سرسره‌ها از حفاظ‌های یک تکه فلزی هموار یا پلی اتیلن استفاده شده به گونه‌ای که هنگام فرود آمدن پای کودکان در حفاظ گیر نکرده و باعث صدمه آنان نشود؟	☐
۶	آیا در قسمت پشت و عقب سرسره‌های فلزی حفاظ گذاری مناسب با ارتفاع حداقل ۱۵۰ سانتی متر صورت گرفته است؟	☐
۷	آیا باتوجه به نوع و ارتفاع سرسره‌ها و وسایل بازی، ستین استفاده از آن وسایل مشخص شده است؟	☐
۸	آیا حتی‌الامکان نسبت به نصب سرسره‌ها به ابعاد مختلف برای استفاده محدود سنی گوناگون اقدام شده است؟	☐
۹	آیا هوای موجود در سرسره‌های بادی و پلاستیکی جدید، تنظیم بوده و به تعداد کافی برای آن‌ها موتورپمپ هوا نصب شده است؟	☐
۱۰	آیا پیرامون و کف محل‌های نصب وسایل بازی کفپوش پلاستیکی نرم و یا ضربه گیرهای مناسب نصب شده است؟	☐
۱۱	آیا فردی صلاحیت‌دار وسایل بازی که در ارتفاع قرار دارد را در زمان بندی مشخص مورد بررسی قرار می‌دهد؟	☐
۱۲	آیا استفاده از وسایل بازی، سرسره‌ها و تاپ‌های معیوب ممنوع است؟	☐

۱۳	آیا شیب سرسره‌ها مطابق استاندارد است و شیب تند ندارند؟	☐	☐
برای جلوگیری از برخورد با وسایل گردنده			
۱۴	آیا سرسره‌ها و تاب‌ها در مکان‌هایی نصب شده که محل عبور و مرور دیگران نباشد؟	☐	☐
۱۵	آیا پیرامون وسایل گردنده مثل چرخ و فلک، بشقاب پرنده، سرسره و تاب‌ها حفاظ گذاری شده است؟	☐	☐
۱۶	در صورتی که حفاظ گذاری شده یک در ورودی برای وارد شدن و یک در خروجی برای خارج شدن از آن مکان وجود دارد؟	☐	☐
۱۷	آیا کلیه قسمت‌های گردنده ماشین‌آلات مثل چرخ دنده‌ها، تسمه پروانه‌ها و زنجیرها مجهز به حفاظ مناسب هستند؟	☐	☐
برای پیشگیری از برق گرفتگی در پارک‌ها			
۱۸	آیا فردی بعنوان مسئول بازرسی از تأسیسات و وسایل برقی تعیین شده است؟	☐	☐
۱۹	آیا بازرسی از وسایل و تأسیسات برقی در پارک‌ها به صورت زمان بندی انجام می‌شود؟	☐	☐
۲۰	آیا کلید سیم‌ها و تأسیسات برقی موجود در پارک‌ها به ویژه تأسیسات و سیم‌ها و تیرهای برقی که بر روی چمن‌ها، استخرها و حوضچه‌های آب قرار گرفته و مکان‌هایی که امکان خیس شدن و مرطوب شدن آن‌ها وجود دارد عایق بندی شده است؟	☐	☐
۲۱	آیا از سیستم اتصال به زمین جهت اتصال به بدنه فلزی دستگاه‌ها و تابلوهای برق استفاده شده است؟	☐	☐
۲۲	آیا تعمیرات وسایل برقی و الکتریکی زیر نظر مقام مسئول و متخصص انجام می‌شود؟	☐	☐
۲۳	آیا آموزش‌های ایمنی مربوط به برق به کلیه کارکنان و پرسنل شاغل در پارک‌ها ارائه شده است؟	☐	☐
۲۴	آیا تابلوی هشدار دهنده خطر جهت اطلاع استفاده کنندگان از وسایل برقی الکتریکی نصب شده است؟	☐	☐
۲۵	آیا جهت حفاظت جان کودکان در تابلوهای برق فیوز نصب شده است؟	☐	☐

چک لیست بررسی وضعیت ایمنی کودکان در خانه

ردیف	عنوان	امتیاز
تمام خانه		
یک	صفر	
۱	☐	☐ تمام پریزهای برق که استفاده نمی‌شوند پوشانده شده‌اند.
۲	☐	☐ سیم وسایل مختلف دور از دسترس کودکان است.
۳	☐	☐ در هر طبقه و در هر اتاق خواب هشدار دهنده دود نصب شده است.
۴	☐	☐ درب ایمنی در بالا و پایین پله‌ها وجود دارد و همیشه بسته و قفل است و کلید آن در محل مطمئن و در دسترس بزرگسالان قرار دارد؟
۵	☐	☐ اسباب‌بازی‌ها و سایر اشیاء روی پله‌ها نیست.
۶	☐	☐ تمام وسایل بلند خانه مانند جالباسی، به دیوار نصب و محکم است و لبه‌های تیز آن‌ها پوشانده شده‌اند.
۷	☐	☐ بندهای پرده بالا نگه‌داشته می‌شوند.
۸	☐	☐ شماره تلفن‌های ضروری مانند اورژانس ۱۱۵، آتش‌نشانی ۱۲۵، پزشک خانواده ۱۱۰، نزدیک تلفن نوشته شده‌اند.
آشپزخانه		
۹	☐	☐ دسته قابلمه به طرف پشت اجاق‌گاز برگردانده شده است.
۱۰	☐	☐ در صورت امکان از شعله‌های عقبی اجاق‌گاز استفاده می‌شود.
۱۱	☐	☐ پوشش محافظ کودک روی دستگیره‌های گاز نصب شده است.
۱۲	☐	☐ مواد شوینده داخل کابینت قفل شده نگهداری می‌شوند.
۱۳	☐	☐ چاقوها و اشیاء تیز و برنده داخل کشوهای قفل‌دار نگهداری می‌شوند.
۱۴	☐	☐ درب فر اجاق‌گاز بسته است.
۱۵	☐	☐ یک خاموش‌کننده آتش به راحتی قابل دسترس است.
۱۶	☐	☐ کلبه شوینده‌ها، محصولات خانگی، غذای حیوانات، داروها و ویتامین‌ها در جایی قفل شده و خارج از دسترس کودکان قرار دارند.
حمام		
۱۷	☐	☐ هرگز کودکان به تنهایی در حمام رها نمی‌شوند حتی برای چند ثانیه.
۱۸	☐	☐ درب توالت فرنگی بسته است.

۱۹	☐	☐	وسایل الکتریکی دور از آب و خارج از دسترس کودکان نگهداری می‌شوند.
۲۰	☐	☐	همه داروها، ویتامین‌ها، مواد آرایشی، تیغ‌های برنده و فیچی‌های تیز و برنده در جای قفل‌شده و دور از دسترس کودکان نگهداری می‌شوند.
۲۱	☐	☐	درجه آب‌گرمکن روی ۱۲۰ درجه فارنهایت یا ۵۰ درجه سانتی‌گراد یا کمتر نگهداشته می‌شود.
اتاق خواب			
۲۲	☐	☐	فاصله برده‌های تخت کودک کمتر از ۶ سانتی‌متر است.
۲۳	☐	☐	در چهار طرف تخت کودک سر ستون‌ها بیش از ۲ سانتی‌متر بلندتر از برده‌ها نیست.
۲۴	☐	☐	کودکان در رختخواب/ تختخواب خود می‌خوابند.
۲۵	☐	☐	تمام پنجره‌ها، حفاظ ایمنی دارند، بجز پنجره‌های اضطراری که برای فرار از آتش طراحی شده‌اند.
۲۶	☐	☐	تختخواب کودک زیر پنجره نیست.
۲۷	☐	☐	همه اسباب‌بازی‌ها، بالش‌ها، تشک‌های نرم و وسایل پلاستیکی از محل خواب کودک دور است.
اتاق نشیمن			
۲۸	☐	☐	تمام لبه‌های تیز مبلمان با فوم پوشانده می‌شود.
۲۹	☐	☐	شمع‌ها دور از دسترس کودکان قرار می‌گیرند.
انباری			
۳۰	☐	☐	رنگ‌ها و سموم و مواد شوینده در محلی دور از دسترس کودکان نگهداری می‌شوند.

منابع

1. Report on child injury prevention, World Health Organization & Unicef, 2008.
2. NATIONAL ACTION PLANS for CHILD INJURY PREVENTION An Agenda to Prevent Injuries and Promote the Safety of Children and Adolescents in the United States, 2012.
3. CDC Childhood Injury Report : Patterns of Unintentional injuries among 0-19 year olds in the United States, 2000-2006.
4. Protect the Ones You Love. Child Injuries Are Preventable. Event Planning Guide, CDC & Department of Health& Human Services, USA, 2012.
5. Take Your Pediatrician With You, Keeping Your Child Healthy at Home and on the Road, Dr.Christopher S. Ryder, A JOHNS HOPKINS PRESS HEALTH BOOK, 2007.
6. Advances in the Epidemiology of Injuries as a Basis for Public Policy, WILLIAM HADDON, Jr. , 1980, Vol. 95, No. 5.
7. Haddon Jr E. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively based. American journal of public health, 1438-1431 :58 ,1968.
8. Keys to child safety and care of minor injuries, c1992, Vinci, Robert J.
9. Key to your child's healthy sexuality, De Freitas, Chrystal, 1998.

10. It's fun to go out but..., child accident prevention trust, www.capt.org.uk.
11. I'm only a baby but..., child accident prevention trust, www.capt.org.uk.
12. Put small things where I can't choke on them, child accident prevention trust, www.capt.org.uk.
13. I can choke on small things Put them out of my sight and reach, child accident prevention trust, www.capt.org.uk.
14. keep hot drinks out of my reach, child accident prevention trust, www.capt.org.uk.
15. I can easily fall down stairs use safety gates at the top and bottom, child accident prevention trust, www.capt.org.uk.
16. Make sure my fingers don't get trapped, child accident prevention trust, www.capt.org.uk.
17. What might poison your child? a safety guide for parents and carers of young children, child accident prevention trust, www.capt.org.uk (accessed on April 20 2014).
18. Protect the ones you love, www.cdc.gov/safechild
19. keeping your child safe at home (0-24 months), child accident prevention trust, www.capt.org.uk
20. Road Safety Information, The Royal Society for the Prevention of Accidents, www.rospa.co.uk
21. Pediatric basic life support: American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation. 2010. *circulation*, 122.

۲۲. گزارش جهانی پیشگیری از مصدومیت کودک/ سازمان بهداشت جهانی و یونسف؛ ویراستار مارچی بیدن؛ ترجمه حمید سوری - او دیگران!؛ ویراستار حمید سوری. نشر تهران: نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، پلیس راهنمایی و رانندگی، دفتر تحقیقات کاربری؛ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات ارتقا ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، ۱۳۸۸.

۲۳. گزارش جهانی آسیب‌های کودکان تهیه‌کننده سازمان جهانی بهداشت؛ گروه مترجمان شهرام رفیعی فرد؛ محمد هادی مؤذن جامی... [و همکاران] تهران: مهروراش ۱۳۸۸

۲۴. راهنمای ایمنی کودکان / ترجمه و تدوین دکتر شهرام رفیعی‌قبر، دکتر محمدهادی مؤذن جامی، دکتر امیدوار رضایی میرقائد، دکتر محمدامیر امیرخانی و دیگران تهران: سازمان فرهنگی هنری شهرداری تهران، مؤسسه نشر شهر ۱۳۸۸.

۲۵. بزرگترها مواظب باشید! راهنمای پیشگیری از حوادث کودکان تهیه و تدوین: دکتر شبنم اصغری؛ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، اداره کل مبارزه با بیماری‌ها وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)؛ ناشر صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) ۱۳۷۹.

۲۶. پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان مؤلفین دکتر محمد اسماعیل مطلق، دکتر سید حامد برکاتی، نغمه تشکری، دکتر مجذوبه ظاهری، دکتر سهیلا خراعی و دکتر شهرام رفیعی‌قبر؛ ناشر صندوق کودکان سازمان ملل - یونیسف ۱۳۸۹.

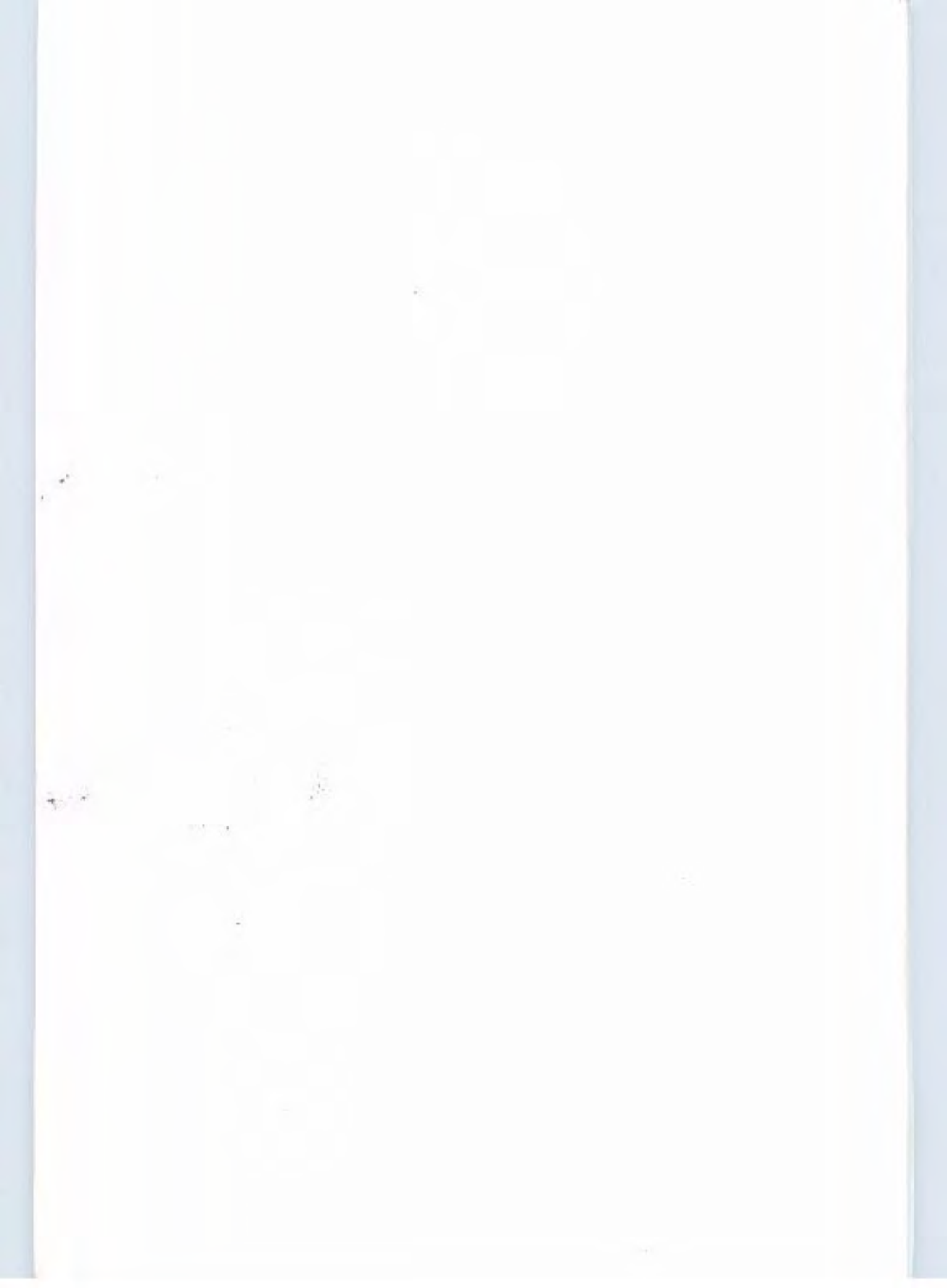
۲۷. راهنمای ارزیابی، طبقه‌بندی و درمان کودک مصدوم ویژه غیرپزشک؛ تهیه‌کنندگان دکتر حمیدرضا لرنژاد و دیگران به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت کودکان - تهران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۷.

۲۸. گزارش نظام کشوری مراقبت مرگ کودکان ۱۵۹ ماهه ۱۳۸۷ / تجزیه و تحلیل دکتر حمیدرضا لرنژاد، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت کودکان، تهران نشر پونه ۱۳۸۸.

۲۹. راهنمای مراقبت از آسیب‌ها؛ مؤلف سازمان جهانی بهداشت؛ مترجم دکتر محمد زارع؛ تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری‌ها، اداره سوانح و حوادث؛ مرکز نشر صدا ۱۳۸۲.

۳۰. همه‌گیرشناسی آسیب‌های ناشی از علل خارجی (حوادث) در جمهوری اسلامی ایران مؤلفین دکتر محسن نقوی، دکتر محمد اسماعیل اکبری؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ تهران مؤسسه فرهنگی انتشارات فکرث ۱۳۸۱.

۳۱. همه‌گیرشناسی آسیب‌های ناشی از علل خارجی (حوادث) در جمهوری اسلامی ایران سال ۱۳۸۱-۱۳۸۲ کتاب دوم / محسن نقوی و دیگران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ تهران، برگ رضوان ۱۳۸۴.





در گذشته

آسیب را نتیجه یک تصادف می دانستند

و برای شانس و اقبال و قضا و قدر

نقش پررنگی قائل بودند!

در حالی که امروزه می دانیم

همه آسیب‌ها قابل پیشگیری هستند.

