

Literatuur

- 1 Zie bijvoorbeeld Connell Meehan, Th (1992). Therapeutic Touch in G.M. Bulechek & J.C. McClosky, Nursing Interventions: Treatments for Nursing Diagnoses, H.B. Saunders Company
- 2 Krieger, D. (1875). Therapeutic Touch: the imprimatur of nursing, American Journal of Nursing 75 (5), 784-787.
- 3 Rogers, M.E. (1970). An introduction to the theoretical basis of nursing, Philadelphia: F.A. Davies.
- 4 Quinn, J. (1988). Building a Body of Knowledge: Research on Therapeutic Touch 1974-1986, Journal of Holistic Nursing, 6,1, 1988, 37-45.
- 5 Tijdens de cursus Therapeutic Touch aan het Van Praag Instituut te Utrecht schrijven cursisten twee casussen. Dit voorbeeld is het resultaat van zo'n opdracht.
- 6 Wirth, D. (1990). The effect of non-contact Therapeutic Touch on the healing Rate of Full Thickness Dermal Wounds, Subtle Energies, vol.1, no. 1 (1990), 1-20

Voor u gelezen

Gupta M, Bansal M, Gupta A, Coil P.

The kerosine tragedy of 1994, an unusual epidemic of burns: epidemiological aspects and management of patients. Burns 1996;22;1:3-9.

Vertaling en samenvatting: R.M. Baljon.

Het artikel beschrijft een ongewoonlijke en misschien wel de eerste epidemie van brandwonden, zoals dat plaatsvond in 1994 in een viertal districten in India. De oorzaak van deze epidemie was gelegen in het feit dat er per abuis een vermenigvuldiging had plaatsgevonden van kerosine en petroleum. Petroleum wordt voornamelijk gebruikt om te koken en voor de verlichting middels olielampen. Het is een goedkoop product en derhalve vooral gebruikt door de bevolkingsgroep met een laag inkomen.

De meeste ongelukken vonden plaats op het moment dat deze mix in de lampen werden gegoten. De mix bleek zeer licht ontvlambaar te zijn. In drie maanden deden er zich 303 ongevallen voor. Daarvan waren 118 slachtoffers met ernstige brandwonden, van wie er uiteindelijk 37 overleden. Ondanks waarschuwingen van de lokale overheden, bleef deze bevolkingsgroep gebruik maken van deze mix, gezien hun slechte financiële situatie.

De meeste patiënten werden behandeld in de districtsziekenhuizen. De (para-)medische en verpleegkundige teams in deze lokale ziekenhuizen bleken echter te weinig geschoold in het behandelen van brandwondenslachtoffers. Naast de tekortkomingen in kennis en vaardigheden van de lokale behandelteams, bleken ook diverse logistieke problemen te bestaan. Zo waren er geen of onvoldoende mogelijkheden tot het doen van bloedbepalingen, een adequate vochtresuscitatie tijdens de shockfase, het toedienen van bloedtransfusies, het

verrichten van huidtransplantaties en er waren veel te weinig medicijnen in de districtsziekenhuizen. Veel ernstig verbrande slachtoffers kwamen in aanmerking voor behandeling in de ziekenhuizen in de grote steden, die wel deze behandelmogelijkheden in huis hadden. Echter slechts 40 slachtoffers werden naar Jaipur gebracht. De meeste slachtoffers prefererde namelijk behandeling in de lokale ziekenhuizen, omdat ze dan dicht bij hun familie waren.

Voor de familie was het onmogelijk om de reiskosten te betalen.

Deze epidemie bleek een schrijnend voorbeeld van het falende systeem van de brandwondenzorg, zoals dat plaatsvindt in de provincie Rajasthan in India.

Training en enthousiasmeren van de (para-)medici en verpleegkundigen in het integraal behandelen van verbrandingsslachtoffers, is een belangrijke les die geleerd is uit deze epidemie.