

Τ.Ε.Ι. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ  
-ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ  
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.  
(ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ)

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:  
Ε.ΚΑΝΑΒΑΚΗΣ.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:  
ΜΙΣΙΡΛΑΚΗ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ  
ΜΠΑΞΕΒΑΝΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ.

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2005

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος

Εισαγωγή

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

Ιστορική αναδρομή.

Στοιχεία νοσοκομειακής κίνησης.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη παιδική υγεία.

Βρεφική και παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα.

Νοσοκομειακή νοσηρότητα.

Ιατρικές προϋποθέσεις που περιβάλλουν την υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

Ιστορικό.

Παιδί και οικογένεια κατά τη διάρκεια της ασθένειας.

Παιδί και σοβαρή ασθένεια.

Γονείς και σοβαρή ασθένεια του παιδιού.

Παιδικά ατυχήματα και νοσηλευτικά προβλήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

Ψυχολογικά προβλήματα – προσπάθειες ερμηνείας.

Νοσοκομειακή νοσηλεία και αποχωρισμός.

I. Ίδρυματισμός.

II. Παρουσία ή απουσία της μητέρας.

III. Εκδηλώσεις αποχωρισμού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

Οργάνωση χώρου – διακόσμηση παιδιατρικού νοσοκομείου.

Εισαγωγή στο νοσοκομείο ( προετοιμασία - εισαγωγή ).

Επείγουσα εισαγωγή.

Επίσκεψη γονέων.

Νοσοκομείο και σχολείο.

Παιδί και μονάδες νοσηλείας.

Νοσοκομείο ημέρας.

Κατ' οίκον νοσηλεία.

Μονάδα βραχείας νοσηλείας.

Ψυχολογικά προβλήματα γονέων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

Νοσηλευτική παρέμβαση.

Ψυχολογική φροντίδα από νοσηλευτικό, ιατρικό, και παραϊτρικό προσωπικό.

Παιγνιοθεραπεία στο νοσηλευόμενο παιδί.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ερευνικό Μέρος.

Υλικό μελέτης.(Πίνακες – Πίτες )

Μεθοδολογία έρευνας.

Συμπεράσματα.

Περίληψη.

Παράρτημα I (ερωτηματολόγιο).

Βιβλιογραφία.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία που ακολουθεί, γράφτηκε με σκοπό να βρει και να αναλύσει τα προβλήματα που παρουσιάζονται στο παιδί μετά από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Επίσης να παρουσιάσει τους παράγοντες που συντελούν στην αντίδραση του κάθε παιδιού ξεχωριστά και που καθορίζουν ως ένα σημείο τη θεραπεία του.

Επίσης τονίζεται και ο ρόλος που παίζουν οι γονείς στην αποδοχή και προσαρμογή του παιδιού στο νοσοκομείο.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

“ Το πρώτο και κύριο μέλημα ενός νοσοκομείου είναι να μην βλάψει σε τίποτα τον άρρωστο ” έλεγε η Florence Nightingale πριν από 100 περίπου χρόνια. Να μην βλάψει τον άρρωστο ούτε σωματικά, ούτε ψυχικά. Πόσο μάλιστα ένα παιδί που διαμορφώνει τον ψυχικό του κόσμο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη ενός παιδιού βιώνεται πάντα ως μια οδυνηρή και γεμάτη άγχος εμπειρία. Εμφανίζονται διάφορα ψυχολογικά προβλήματα που αφορούν τόσο το ίδιο το παιδί, όσο και την οικογένειά του και κυρίως τη μητέρα. Όμως και το προσωπικό του νοσοκομείου επηρεάζεται από αυτά όταν δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένο για να αντεπεξέλθει σε όλες τις δυσκολίες.

Στην παιδιατρική κλινική αντιμετωπίζεται ο νοσηλευόμενος πρώτα σαν παιδί και ύστερα σαν άρρωστος. Εδώ θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι το παιδί σαν νοσηλευόμενος δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν το παιδί Χ, αλλά σαν το συγκεκριμένο παιδί με την Α προσωπικότητα, τις προτιμήσεις, τις αντιδράσεις του.

Βασικό μέλημα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ενός παιδιατρικού νοσοκομείου είναι να εξασφαλίζουν στο παιδί άνεση και ασφάλεια και να ρυθμίζουν έτσι το καθημερινό του πρόγραμμα ώστε να καλύπτει όσο το δυνατό όλες του τις ανάγκες και να πλησιάζει όσο το δυνατό στις καθημερινές του δραστηριότητες πριν από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία όλων των προγραμμάτων που έχουν κατά καιρούς σχεδιαστεί είναι η παραμονή της μητέρας ή του πατέρα δίπλα στο παιδί. Ο ρόλος της μητέρας είναι πολύ λεπτός αφού αυτή παίζει αναμφισβήτητα πρωταρχικό ρόλο στην ψυχική ισορροπία του παιδιού. Για τους ίδιους λόγους να επιτρέπεται να φέρνουν τα δικά τους εσώρουχα και πυτζάμες καθώς και τα παιχνίδια τους και ότι αντικείμενο, στο οποίο έχουν ιδιαίτερη κλίση και συμπάθεια για να αισθάνονται άνεση στο νοσοκομείο και να ζουν κατά το δυνατό στο δικό τους κόσμο.

Νέα συστήματα περίθαλψης τείνουν να εφαρμοστούν, ιδιαίτερα το νοσοκομείο ημέρας ή κατ' οίκον νοσηλεία. Αυτές οι νέες μορφές περίθαλψης θα επιτρέψουν αξιοσημείωτη μείωση των ψυχολογικών διαταραχών, οι οποίες αποτελούν συνέπειες, που εμφανίζονται αρκετά συχνά σε περιπτώσεις άσχημα οργανωμένης νοσοκομειακής περίθαλψης καθώς και κακής προετοιμασίας ή έλλειψη προετοιμασίας του άρρωστου παιδιού.

Οι έρευνες έχουν δείξει πως σταδιακά μειώνεται η διάρκεια της νοσηλείας. Αυτό οφείλεται κατά μεγάλο μέρος στις προόδους που έγιναν στους χώρους της διάγνωσης και της θεραπείας. Αυτή η συντόμευση του χρόνου έχει πολλαπλό ενδιαφέρον για το παιδί και για τους γονείς, διότι ελαχιστοποιούνται οι ψυχολογικές διαταραχές και οι δυσκολίες ως προς το σχολείο. Παρόλα αυτά όμως επιβάλλεται η προετοιμασία του κάθε παιδιού να δεχτεί το νοσοκομείο και τη νοσηλεία με όσο το δυνατό λιγότερες επιπτώσεις στον ψυχικό του κόσμο. Η προετοιμασία αυτή στην Ελλάδα βρίσκεται σε μηδαμινό επίπεδο. Σε πολλές χώρες εφαρμόζεται με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα. Το καθήκον αυτό βαρύνει το νοσηλευτικό προσωπικό σε συνεργασία βέβαια με τους κλινικούς ψυχολόγους.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### Ιστορική αναδρομή

Η έννοια “ νοσοκομείο ” ως διαγνωστικό και νοσηλευτικό κέντρο είναι πολύ πρόσφατη. Μέχρι το 19<sup>ο</sup> αιώνα τα νοσοκομεία δεν σήμαιναν στην πραγματικότητα παρά άσυλα προορισμένα για τους ενδεείς, τους ανάπηρους, τα ορφανά ή τα εγκαταλελειμμένα παιδιά. Τα άσυλα για παιδιά χρονολογούνται από το Μεσαίωνα αλλά το μόνο πράγμα που εξασφάλιζαν στα έκθετα παιδιά ήταν μια άθλια φιλοξενία.

Η δημιουργία της Assistante Publique (Οργανισμός νοσοκομειακών μονάδων στην περιοχή του Παρισιού) για παιδιά τοποθετείται το 1801. Τα πρώτα νοσοκομεία για παιδιά ιδρύθηκαν 19<sup>ο</sup> αιώνα. Ο κυρίως όμως ρόλος τους παρέμεινε κοινωνικός. Οι συνθήκες νοσοκομειακής υγιεινής, οι αυξημένες μολύνσεις, η μειωμένη αποτελεσματικότητα των ιατρικών φροντίδων, καθιστούσαν το νοσοκομείο το τελευταίο καταφύγιο των παιδιών από τις λιγότερο ευνοημένες κοινωνικές και οικονομικές τάξεις.

Εκείνο που αποτέλεσε την πραγματική επανάσταση και που επέτρεψε να φτάσουμε στα σύγχρονα νοσοκομεία ήταν η ανακάλυψη των μικροβίων και του τρόπου διάδοσης των μολυντών από το 1850 και μετά χάρη στις εργασίες των Pasteur και Davaine. Το 1885 ο Grancher έκανε μια μελέτη για τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και απέδειξε ότι η μετάδοση των λοιμωδών ασθενειών δεν γινόταν αποκλειστικά κατ’ ευθείαν μέσω της αναπνευστικής οδού αλλά και ότι η νοσοκόμα μετέφερε μικρόβια με τα χέρια της. Κατέληξε έτσι στο συμπέρασμα της απομόνωσης των μολυσμένων παιδιών και της αποστείρωσης των μολυσμένων αντικειμένων. Η έρευνα αυτή του Grancher καθώς και του Heubner το 1897 για τις επιδημίες διάρροιας εδραίωσαν μια νέα αρχιτεκτονική αντίληψη του παιδιατρικού νοσοκομείου. Έτσι οι συνθήκες νοσηλείας γίνονταν ανθρώπινες, το νοσοκομείο σταματά να δίνει την εικόνα του στρατώνα. Οι γιατροί αρχίζουν να συνειδητοποιούν την ανάγκη της μείωσης της διαμονής των παιδιών στο νοσοκομείο.

Η Π.Ο.Υ. όμως έφερε μια νέα αντίληψη όσον αφορά τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού, που είχαν στο παρελθόν ελάχιστα απασχολήσει τους ερευνητές. Οι εμπειρογνώμονες της Π.Ο.Υ. διακήρυξαν ότι οι συναισθηματικές ανάγκες κυριαρχούν του παιδιού



και ότι παραβλεπόμενες έχουν σαν συνέπεια την μη ομαλή ψυχοσωματική ανάπτυξη του ατόμου. Οι έρευνες βέβαια συνεχίζονται και νέα αποτελέσματα εμφανίζονται συνεχώς.

Έτσι το 1945 ο Spitz και το 1952 ο Baulby περιέγραψαν τα αποτελέσματα της στέρησης εξαιτίας της νοσηλείας στην πνευματική ανάπτυξη και τη συμπεριφορά των παιδιών. Την ίδια περίοδο (1952) η Anna Freud συζήτησε τις αντιδράσεις των νοσηλευομένων εξαιτίας της φυσικής αρρώστιας στην ψυχολογική αντίδραση των παιδιών. Το 1955 οι Ridmond και Wagman μελέτησαν την ψυχολογία των παιδιών που έπασχαν από λευχαιμία. Το 1978 ο Ben Nachum σύγκρινε την συναισθηματική αντίδραση σε παιδιά που νοσηλεύονται σε παραδοσιακό νοσοκομείο με αυτά που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο ημέρας.

Βλέπουμε λοιπόν ότι στις παλιότερες έρευνες δεν υπάρχει καθόλου το ψυχολογικό στοιχείο. Όσο περνάει ο χρόνος οι ερευνητές συνειδητοποιούν ότι είναι πολύ βασική η προετοιμασία για μια πιθανή νοσηλεία από ψυχολογική πλευρά. Αυτό βέβαια είναι απόρροια της λύσης των άλλων των άλλων βασικών ιατρικών θεμάτων που απασχολούσαν παλιότερα την ανθρωπότητα. Όλοι βέβαια ελπίζουν πως τα αποτελέσματα των μέχρι τώρα ερευνών θα γίνουν ευρύτερα γνωστά και θα εφαρμοστούν στην πράξη για να μπορούμε να πούμε ότι η νοσηλεία ενός παιδιού δεν θα αλλάξει καθόλου το πρόγραμμά του ή ακόμα και τη ζωή του.

### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΚΙΝΗΣΕΩΣ**

Στη Γαλλία το 1972 είχε υπολογισθεί ότι αντιστοιχούσε 1,5 παιδιατρική νοσοκομειακή κλίνη για 1000 παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών. Ο δείκτης δηλ. κλίνη / πληθυσμός ήταν 0,6 – 0,8%.

Αυτοί όμως οι αριθμοί δεν ήταν σταθεροί γιατί έχουμε σοβαρές διακυμάνσεις από την μια περιοχή στην άλλη, καθώς και 'μετανάστευση' παιδιών από μια περιοχή, σε άλλη με υπηρεσίες πολύ πιο εξειδικευμένες. Βέβαια παρατηρούμε υπερσυνωστισμό στις παιδιατρικές κλινικές το χειμώνα ενώ το καλοκαίρι γίνονται πολύ λίγες εισαγωγές. Παράλληλα μειώνεται και ο χρόνος διαμονής στο νοσοκομείο. Η σταδιακή μείωση της διάρκειας νοσηλείας αντανακλά κατά ένα μεγάλο ποσοστό τις προόδους που έγιναν στους χώρους της διάγνωσης και της θεραπείας. Βέβαια αυτό έχει και θετικό και αρνητικό αντίκτυπο. Το θετικό είναι ότι μειώνονται οι ψυχολογικές διαταραχές και οι δυσκολίες ως προς το σχολείο. Τα μειονεκτήματα είναι ότι μια σύντομη νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να εμποδίσει

την καθολική θεώρηση των οργανικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρουσιάζει το παιδί. Συχνά επιβάλλεται να γίνονται ορισμένες εξετάσεις πολύ γρήγορα και το προσωπικό να υπόκειται σε ένα γρήγορο ρυθμό δουλειάς με αποτέλεσμα να γίνονται λάθη και να μην μένει χρόνος για την προσφορά ψυχολογικής βοήθειας στο παιδί αλλά και στους γονείς.

## **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.**

### **α) Δημογραφικοί παράγοντες.**

Το φύλο δεν συνδέεται αναγκαστικά με τη συμπεριφορά υγείας στην παιδική ηλικία, εν τούτοις υπάρχουν ενδείξεις για την ύπαρξη διαφορών μεταξύ των δυο φύλων ως προς τη διατροφή, άσκηση και ασφάλεια. Τα κορίτσια έχει βρεθεί να καταναλώνουν πιο υγιεινές τροφές και να χρησιμοποιούν πιο συχνά τη ζώνη ασφαλείας όταν επιβαίνουν σε αυτοκίνητο απ' ότι τα αγόρια. Αντίθετα, τα αγόρια έχει αποδειχθεί ότι αθλούνται πιο συστηματικά απ' ότι τα κορίτσια της ίδιας ηλικίας. Διαφορές επίσης έχουν βρεθεί ανάμεσα στα δυο φύλα στις εξωσχολικές δραστηριότητες. Ενώ τα κορίτσια σπαταλούν αρκετό από τον ελεύθερο χρόνο τους διαβάζοντας και παρακολουθώντας τηλεόραση, τα αγόρια φαίνεται να προτιμούν τη μουσική και τα παιχνίδια Video.

Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η εθνικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των πεποιθήσεων και της συμπεριφοράς υγείας ενός παιδιού. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Cottlieb και Chen που αφορούσε τις κοινωνικοπολιτιστικές παραμέτρους άθλησης βρέθηκε ότι τα παιδιά που δεν ανήκουν στη λευκή φυλή προτιμούν τα ανταγωνιστικά ομαδικά παιχνίδια, όπως η καλαθοσφαίριση και το ποδόσφαιρο, ενώ τα παιδιά της λευκής φυλής συμμετέχουν πιο συχνά σε ατομικά, μη ανταγωνιστικά αθλήματα όπως η ποδηλασία και η κολύμβηση.

Η οικογενειακή κατάσταση είναι τέλος ένας ακόμη δημογραφικός παράγοντας που σχετίζεται με τη συμπεριφορά υγείας ενός παιδιού. Μελέτες έχουν δείξει ότι παιδιά που ζουν με τον ένα γονέα - είτε λόγω διαζυγίου είτε λόγω θανάτου - εκθέτουν τον εαυτό τους σε περισσότερους κινδύνους απ' ότι παιδιά οικογενειών στις οποίες και οι δυο γονείς είναι παρόντες.

### **β) Συμπεριφορά Υγείας.**

Παρά το γεγονός ότι οι μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες έχουν ενοχοποιηθεί για ένα μεγάλο αριθμό προβλημάτων υγείας τόσο της παιδικής όσο και της ενήλικης ζωής, όπως : η υπέρταση, η

παχυσαρκία, ο διαβήτης, η τερηδόνα κ.α φαίνεται ότι ο νεαρός πληθυσμός δεν τρέφεται σωστά. Έχει βρεθεί, ότι τα παιδιά στην πλειοψηφία τους (1) περιλαμβάνουν στη διαίτά τους τροφές πλούσιες σε λίπη, ζάχαρη και αλάτι, (2) δεν τρώνε καθημερινά πρωινό, (3) καταναλώνουν τροφές με χαμηλή θρεπτική αξία στα μεσοδιαστήματα των γευμάτων, και (4) δεν τρώνε λαχανικά τακτικά.

Ο ρόλος της φυσικής άσκησης στην ανάπτυξη του οργανισμού και στη διατήρηση και παραγωγή της υγείας επηρεάζει τη συμπεριφορά της υγείας.

Ο τρόπος με τον οποίο τα παιδιά χρησιμοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους έχει επίδραση στην κοινωνική τους ζωή γιατί επηρεάζει την ποιότητα των σχέσεων τους με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον - φίλους και υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Από έρευνες έχει βρεθεί ότι τα ηλεκτρονικά παιχνίδια και η τηλεόραση συνιστούν δραστηριότητες εξαιρετικά δημοφιλείς ανάμεσα στα παιδιά. Ωστόσο, η υπερβολική ενασχόληση μ' αυτές τις δραστηριότητες επιδρά αρνητικά στην ψυχοκινητική εξέλιξη του παιδιού. Τα μεν ηλεκτρονικά παιχνίδια γιατί προκαλούν εθισμό, η δε τηλεόραση γιατί συχνά ενθαρρύνει την αντιγραφή και υιοθέτηση αρνητικών προτύπων συμπεριφοράς.

Επίσης η ασφάλεια αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για τα παιδιά σχολικής ηλικίας με αποτέλεσμα τα ατυχήματα να είναι η πρώτη σε συχνότητα αιτία θανάτου.

## **ΒΡΕΦΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.**

Η ανάλυση της θνησιμότητας κατά ηλικία αποτελεί τον καλύτερο δείκτη για την υγειονομική κατάσταση μιας χώρας. Όταν μάλιστα, τα ποσοστά θνησιμότητας αφορούν τη βρεφική παιδική και εφηβική ηλικία, τότε η σημασία της είναι τεράστια για το μέλλον της συγκεκριμένης χώρας.

Η Ελλάδα έχει τη 2<sup>η</sup> υψηλότερη βρεφική θνησιμότητα 14, 10/00. Ο κύριος συντελεστής αυτής της υψηλής θνησιμότητας στην Ελλάδα είναι το υψηλό ποσοστό θανάτων νεογνών τόσο στην 1<sup>η</sup> όσο και την 2- 6<sup>η</sup> και από την 7- 27<sup>η</sup> ημέρα ζωής. Η νεογνική θνησιμότητα (1- 27<sup>η</sup> ημ.) είναι στην Ελλάδα η 3<sup>η</sup> υψηλότερη στις χώρες τις ΕΟΚ και φτάνει στο 10, 50/00. Η βρεφική θνησιμότητα ( 28ημ – 1 έτος ) είναι 3, 60/ 00.

Σ' όλες τις ηλικίες η θνησιμότητα των αγοριών είναι μεγαλύτερη από τη θνησιμότητα των κοριτσιών, με μέγιστη διαφορά στην περίοδο των 15 – 19 χρόνων : στην Ελλάδα 0,8% στα αγόρια και 0,3% στα κορίτσια. Πιθανότατα αυτό οφείλεται στο μεγαλύτερο αριθμό ατυχημάτων στα αγόρια.

### Βρεφική και παιδική θνησιμότητα.

**Πίνακας 1. Νεογνική, βρεφική και παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα**

Νεογνική θνησιμότητα (0/00)	0 - 27	ημ	10, 5
	0 - 365	ημ	14, 1
	0 - 1	ημ	3, 3
	0 - 6	ημ	4, 3
	7 - 27	ημ	2, 9
	28 - 365	ημ	3, 6

### ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.

Τα αίτια της νοσοκομειακής νοσηλείας των παιδιών ποικίλλουν ανάλογα με τις περιοχές, τις χώρες για λόγους αφενός ειδικών γνώσεων εξειδίκευσης και αφετέρου κοινωνικοοικονομικούς. Στο παρακάτω πίνακα θα δούμε την αιτία εισαγωγής στην Α παθολογική του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Ρίου. Τα στοιχεία αφορούν το διάστημα από 1-1-1991 - 31-3-1991 και σε σύνολο εισαγωγών 580. Οι κυριότερες 10 αιτίες εισαγωγής ήταν κατά σειρά :

Εμπύρετο	72	ποσοστό	12, 4%
Σπασμοί	34		5, 8%
Λαρυγγίτιδα	28		4, 8%
Διάρροιες	24		4, 1%
Πνευμονία	24		4, 1%
Εμετοί	22		3, 7%
Γαστρεντερίτιδα	20		3, 4%
Νεογνικός ίκτερος	17		2, 9%
Φαρμακευτική δηλητηρίαση	10		1, 7%
Μηνιγγίτιδα	8		1, 3%

Οι παραπάνω αιτίες εισαγωγής καλύπτουν το 44, 2% . Το υπόλοιπο ποσοστό καλύπτεται από διάφορες ασθένειες σε πολύ μικρά ποσοστά.

## ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.

Τελικά, πότε είναι φρόνιμο ένα παιδί να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο; Σύμφωνα με τον Frederich North ένα παιδί πρέπει να νοσηλεύεται στις παρακάτω περιπτώσεις :

1. Επεμβάσεις που απαιτούν ολική αναισθησία.
2. Εντατική επίβλεψη και φροντίδα μετά από τραυματισμό του κρανίου, δηλητηρίαση κ.τ.λ.
3. Όλες οι ασθένειες που απαιτούν θεραπεία δια της ενδοφλέβιας οδού ( ενδοφλέβια χορήγηση, καθετήρες, κ.τ.λ.)
4. Θεραπείες του αναπνευστικού συστήματος που απαιτούν οξυγόνο διασωλήνωση μηχανικούς αναπνευστήρες, τέντες, μηχανική αναρρόφηση, κ.τ.λ.
5. Ασθένειες που απαιτούν συχνές και λεπτές φροντίδες από τη νοσοκόμα ή κάποια ειδική τεχνική, ειδικό πρόγραμμα διατροφής, φροντίδες σε εκτεταμένα εγκαύματα, κ.τ.λ.
6. Παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο μέσα στο ίδιο τους το σπίτι, κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά.
7. Ανάγκη να τεθεί η περίπτωση υπό ειδική παρακολούθηση δια ταραγμένη συμπεριφορά, βιολογικός ή ορμονικός έλεγχος.
8. Απειλή ή απόπειρα αυτοκτονίας.
9. Δημιουργία σχέσης μητέρας – παιδιού κατά τη νεογνική περίοδο.

Η νοσηλεία στο νοσοκομείο σύμφωνα πάντα με τον North πρέπει να σταματήσει από τη στιγμή που αυτές οι φροντίδες δεν είναι πλέον απαραίτητες και χωρίς να αναμένεται η πλήρη κλινική ή εργαστηριακή ανάρρωση, διότι κάθε εκτεταμένη νοσηλεία διακινδυνεύει πολλά, όπως σφάλματα στις συνταγές που χορηγούνται, παραβλέψεις, ατυχήματα, αυξημένη νοσοκομειακή μόλυνση και κυρίως ψυχολογικές επιπτώσεις.

Η κατάσταση είναι φυσικά εντελώς διαφορετική στις υπό ανάπτυξη χώρες, όπου τα νοσοκομεία είναι γεμάτα σοβαρά άρρωστα παιδιά και όπου τα ποσοστά θνησιμότητας είναι πάρα πολύ μεγάλα. Σ' αυτά τα νοσοκομεία δεν τίθεται φυσικά θέμα καταχρηστικής νοσηλείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΙΣΤΟΡΙΚΟ.

Τα τελευταία χρόνια έχουν ενταθεί οι έρευνες σχετικά με την ψυχολογική πλευρά της νοσοκομειακής νοσηλείας. Οι γνώσεις που αποκτήθηκαν με βάση αυτές τις έρευνες, μας επιτραπούν να εξετάσουμε εμπεριστατωμένα σχήματα πρόληψης. Οι ερευνητές αισθάνθηκαν την αξία μελέτης της ψυχολογίας του άρρωστου παιδιού μόλις το 1950.

### ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.

Η ασθένεια για το παιδί επιφέρει πολλές αλλαγές ξεκινώντας από την αλλαγή του περιβάλλοντος και φθάνοντας μέχρι τη νέα κατάσταση που βιώνει το παιδί σχετικά με το σώμα του και με το πως το παιδί έχει αντιληφθεί την αρρώστια.

Το παιδί έχει διαφορετική ψυχολογία από τον ενήλικα. Καταρχήν η αρρώστια είναι γι' αυτό μια πρωτόγνωρη κατάσταση. Ίσως είναι η πρώτη φορά που αφήνει το σπίτι του και μάλιστα ζει με την εμπειρία της νοσηλείας. Αφήνει την οικογένεια, τους φίλους, το σχολείο, αφήνει το γνωστό ζεστό περιβάλλον του σπιτιού και βρίσκεται ξαφνικά σ' έναν χώρο άγνωστο, με μια ομάδα αγνώστων ατόμων να το περιβάλλουν. Τα παιδιατρικά νοσοκομεία στην αρχή είχαν οικοδομηθεί με πρότυπα αυστηρά και το περιβάλλον τους ήταν ψυχρό και αυστηρό. Έτσι το παιδί βρισκόταν ξαφνικά σε ένα περιβάλλον τελείως διαφορετικό από το ζεστό χώρο του παιδικού δωματίου. Τώρα βέβαια τα πρότυπα έχουν αλλάξει και οι διαφορές αυτές τείνουν σιγά – σιγά να εξαλειφθούν.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο στο παιδιατρικό νοσοκομείο είναι η τριαδική σχέση γονέας – παιδί – γιατρός. Το παιδί έρχεται στο νοσοκομείο μαζί με τους γονείς του. Αυτοί περιγράφουν τα συμπτώματα της ασθένειας στο γιατρό όπως οι ίδιοι τα αντιλαμβάνονται. Επομένως το παιδί δεν απευθύνεται απευθείας στο γιατρό αλλά μέσω των γονέων του. Η οικογένεια λοιπόν είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ασθένειας και νοσοκομειακής νοσηλείας του παιδιού. Φυσικά κάθε οικογένεια αντιδρά με τρόπο διαφορετικό στην ίδια κατάσταση. Η αντίδραση της εξαρτάται από την κοινωνική θέση

της οικογένειας, τις γραμματικές γνώσεις, την οικονομική κατάσταση και την προηγούμενη εμπειρία από παρόμοιες προηγούμενες καταστάσεις. Ακόμα και μέσα στην ίδια την οικογένεια υπάρχουν διαφορετικές αντιδράσεις από τα μέλη της, διότι καθένα από τα μέλη της αντιδρά όχι μόνο απέναντι στην αρρώστια του παιδιού αλλά και στη στάση που κρατούν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Αυτές οι αντιδράσεις είναι συχνά λανθασμένες και δυσανάλογες με τη βαρύτητα της νόσου και επεκτείνονται από συναισθήματα ενοχής καθώς και από μια προσπάθεια να η αιτία ή η προέλευση της ασθένειας. Οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν τέλος την αιτία ακόμα και επιθετικής συμπεριφοράς.

### **ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Η ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.**

Στην περίπτωση αυτή το παιδί μπαίνει στο νοσοκομείο σε ένα κλίμα αγωνίας που πάντα επιφέρουν οι επείγουσες καταστάσεις. Η τεταμένη ατμόσφαιρα που δημιουργούν οι διαγνωστικές εξετάσεις περισσότερο από την ίδια τη βαρύτητα της νόσου, συμβάλλει στη δημιουργία ενός κλίματος φόβου και πανικού που μπορεί να επιδεινωθεί αν οι συνθήκες υποδοχής καθώς και η έναρξη της θεραπείας δεν είναι καλές και ζεστές. Εδώ πολύ βασικός παράγοντας είναι ο πόνος. Ο πόνος χαρακτηρίζεται σαν οξύς ή χρόνιος. Και φυσικά οι Αντιδράσεις και τα συναισθήματα είναι διαφορετικά στον οξύ και διαφορετικά στον χρόνιο. Στα παιδιά που πάσχουν από κακοήγη ασθένεια και σ' αυτά που πάσχουν από άλλη χρόνια πάθηση, η έκφραση του προσώπου φανερώνει την ψυχική διάθεση ( στην πρώτη περίπτωση – νόσος, στάδιο, επίγνωση, περιβάλλον ). Ο οξύς πόνος είναι ένα έκτακτο επεισόδιο που είναι αναστρέψιμο και παροδικό. Τα συναισθήματα του παιδιού στην εμφάνιση ενός τέτοιου πόνου, είναι συναισθήματα απειλής, αγωνίας, φόβου και πανικού. Μεταπίπτουν σε αβεβαιότητα και απορία.

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί συνδρομή που ποικίλει σε διάρκεια, ένταση και έκταση. Στον χρόνιο πόνο επεμβαίνει σημαντικά ο ψυχικός παράγοντας του άρρωστου παιδιού που είναι απεριόριστα διάφορος σε κάθε παιδί, εξαρτώμενος πάντα από την κατάσταση που αντιμετωπίζει και τη φύση και πορεία της αρρώστιας, την ηλικία, την προσωπικότητά του. Τα συναισθήματα που πηγάζουν από ένα χρόνιο μεταστατικό πόνο είναι άλλοτε συναισθήματα άρνησης, αποθάρρυνσης, κατάθλιψης ή εγκατάλειψης εαυτού και εκφράζονται με παθητική στάση προς το περιβάλλον, ενώ απουσιάζει η εκφραστικότητα στο πρόσωπο και άλλοτε συναισθήματα ενδόμυχης αντιδραστικότητας ( οργή, ευερεθιστικότητα, επιθετικότητα ). Τα συναισθήματα που

πηγάζουν από ένα μεταστατικό πόνο είναι συνήθως συναισθήματα άγχους και αγωνίας στην αναμονή επικείμενου πόνου, φόβος, ανησυχία και αβεβαιότητα για την πορεία της αρρώστιας, κόπωση.

Συχνή αντίδραση των παιδιών σε κάθε επεισόδιο πόνου είναι το κλάμα, το παράπονο ή και τα δυο μαζί και πιστοποιούν τόσο την ένταση του πόνου όσο και την ψυχική διάθεση στην επώδυνη δοκιμασία.

Χαρακτηριστικές περιπτώσεις χρόνιων σοβαρών νόσων για τα παιδιά είναι η Μεσογειακή αναιμία και η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Τα παιδιά με Μεσογειακή αναιμία δυστυχώς είναι πάρα πολλά στη χώρα μας. Οι συνεχείς μεταγγίσεις αίματος που απαιτεί η αρρώστιά τους και κατά συνέπεια η συνεχής εισαγωγή τους στο νοσοκομείο επηρεάζει ψυχολογικά τα παιδιά που αναγκάζονται πολύ συχνά να αφήνουν το σπίτι τους και να μεταβαίνουν στο νοσοκομείο για μετάγγιση. Επίσης οι επιπτώσεις είναι σοβαρές στα μεγαλύτερα παιδιά τα οποία ξέρουν τη φύση της αρρώστια τους και την ανάγκη συνέχισης των μεταγγίσεων μέχρι το τέλος της ζωής τους. Επίσης πρόβλημα δημιουργεί και η εξωτερική εμφάνιση των παιδιών με Μεσογειακή αναιμία. Το μογγολοειδές προσωπείο και οι διαφορές στη σωματική διάπλαση που δημιουργούν διαφορά με τα υγιή παιδιά είναι πηγή ψυχολογικών προβλημάτων. Συνήθως τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν κλείσιμο στον εαυτό τους και σταδιακή αποξένωση από το κοινωνικό περιβάλλον.

Παρόμοιο πρόβλημα παρουσιάζουν και τα παιδιά με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Στο νοσοκομείο Παίδων 'Π.Α. Κυριακού' εφαρμόζεται αιμοκάθαρση σε παιδιά ηλικίας από 4 – 15 χρονών. Πριν αρχίσει η θεραπεία το παιδί έχει συνήθως την ευκαιρία για 2 – 3 εβδομάδες να έλθει στην μονάδα να δει τα άλλα παιδιά να εκφράσει τις απορίες του και να βρει λύσεις, να εξοικειωθεί με το προσωπικό της μονάδας. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που απαιτείται άμεση αιμοκάθαρση. Στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει ο απαιτούμενος χρόνος να προετοιμαστεί το παιδί ψυχολογικά και αιφνιδιάζεται κυριολεκτικά. Η θεραπεία της αιμοκάθαρσης αποτελεί άγνωστη εμπειρία. Σ' αυτές τις περιπτώσεις καλό θα είναι να παραμείνει και η μητέρα κοντά στο παιδί ή τουλάχιστον να το επισκέπτεται συχνά κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Κάθε παιδί αντιδρά στην αιμοκάθαρση με διαφορετικό τρόπο. Αυτό οφείλεται στους εξής παράγοντες :

1. Ηλικία
2. Προσωπικότητα
3. Νοσοκομειακό περιβάλλον ( κατά πόσο είναι ευαισθητοποιημένο στα προβλήματα του παιδιού και κατά πόσο είναι έτοιμο να τα αντιμετωπίσει )



4. Οικογενειακό περιβάλλον ( σε πολλά παιδιά η οικογένεια είναι εκείνη που δημιουργεί το μεγαλύτερο stress γύρω από την αρρώστια )

Δημιουργείται στους γονείς μια έντονη συναισθηματική αντίδραση, ανησυχία και αβεβαιότητα που μεταδίδεται στο παιδί. Οι γονείς μπορεί να γίνονται άλλοτε υπερπροστατευτικοί, ανεκτικοί, υπερβολικά εκδηλωτικοί στην αγάπη τους για το παιδί, και άλλοτε απορριπτικοί. Το παιδί όμως στις χρόνιες κυρίως ασθένειες χρειάζεται πάνω απ' όλα σταθερότητα και σιγουριά των συναισθημάτων τους. Σ' όλες τις χρόνιες αρρώστιες το παιδί παρουσιάζει μηχανισμούς άμυνας που σιγά – σιγά θα το βοηθήσουν να προσαρμοστεί και να δεχτεί την αρρώστια του.

Στα πρώτα στάδια της αρρώστιας του το παιδί αντιδρά με άρνηση, θυμό, επιθετικότητα, λύπη και αγωνία. Η επιθετικότητα εκδηλώνεται προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και πολλές φορές και προς τον ίδιο του τον εαυτό.

Για να μάθει ένα παιδί να συμφιλιωθεί με τη χρόνια αρρώστια του πρέπει πρώτα απ' όλα να αποδέχεται τον εαυτό του με τις αλλαγές που ίσως να επιφέρει η χρόνια αρρώστια του. Και δεν είναι πάντα εύκολη αυτή η αποδοχή τη στιγμή που συχνά νιώθει αρνητικά και μειονεκτικά για όλες τις φανερές και μη αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα του.

Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την αισθητή μείωση του ενδιαφέροντος του για τον έξω κόσμο. Απομάκρυνση από το κοινωνικό σύνολο, συνήθως διακοπή από το σχολείο και κλείσιμο στον εαυτό τους, αδιαφορία και εγωισμός είναι ο κανόνας για αυτά τα παιδιά.

## ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.

Για τους γονείς η εισαγωγή του παιδιού που πάσχει από χρόνια νόσο στο νοσοκομείο, μπορεί να σημαίνει την αποδοχή της πραγματικότητας ως προς τη διάγνωση της ασθένειας αλλά και μια ελπίδα ως προς την αυξημένη πιθανότητα αποτελεσματικής θεραπείας. Σε μια τέτοια κατάσταση παιδί και γονείς αισθάνονται πως βρίσκονται σε κίνδυνο. Στο στάδιο αυτό οι γονείς αισθάνονται την ανάγκη να εξωτερικεύσουν την αγωνία τους και το φόβο που νιώθουν, να συζητήσουν τα προβλήματά τους. Αυτές οι αντιδράσεις αποτελούν το αρχικό στάδιο, τις πρώτες μέρες μετά την εισαγωγή. Αργότερα οι αντιδράσεις διαφοροποιούνται καθώς περνούν οι πρώτες μέρες της προσαρμογής. Καθώς οι μέρες περνούν οι ανάγκες του παιδιού επιβάλλουν μια επιστροφή στην πραγματικότητα. Η προσοχή επικεντρώνεται τώρα στις διαγνωστικές εξετάσεις και στις θεραπευτικές διαδικασίες. Άλλοι πάλι αντιδρούν με τρόπο υστερικό και δημιουργούν σκηνές σε μια προσπάθεια να ξεπεράσουν την αγωνία τους. Ακόμη και όταν η ασθένεια βρίσκεται σε ύφεση ο φόβος παραμένει. Η τάση υπερπροστασίας του παιδιού πολύ δύσκολα ξεπερνιέται. Αξίζει εδώ να αναφερθεί μια έρευνα που έγινε από το Πανεπιστήμιο της Πάδοβα. Η έρευνα έγινε σε 13 οικογένειες με παιδιά που πάσχουν από οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία ηλικίας 2 – 12 ετών και παρακολουθούνταν στο κέντρο παιδιατρικής ογκολογίας του Πανεπιστημίου της Πάδοβα. Το δείγμα περιλάμβανε 13 άνδρες και 13 γυναίκες ηλικίας 22 – 47 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην είδηση της ιατρικής διάγνωσης οι γονείς έπαθαν σοκ και καταβλήθηκαν από πανικό. Μεταξύ της 3<sup>ης</sup> και 5<sup>ης</sup> ημέρας οι αντιδράσεις ήταν εμμονές, ανησυχία, εχθρότητα, διαταραχές ύπνου, υπερβολική ευαισθησία, φοβία, παρανοϊκές ιδέες, ψυχωτικά συμπτώματα, κατάθλιψη στα εξής ποσοστά :

Σωματικά συμπτώματα	38,5 %
Υπερβολική ευαισθησία	27 %
Κατάθλιψη	61,5 %
Ανησυχία	65 %
Εχθρότητα	34,5 %
Φοβία	15 %
Παρανοϊκές ιδέες	23 %
Ψυχωτικά φαινόμενα	11,5 %
Διαταραχές ύπνου	57,5 %

Στην Αμερική έχουν γίνει πολλές έρευνες που στοχεύουν στο να καθοδηγήσουν όποιον θέλει να ερευνήσει σε βάθος όλα τα

προηγούμενα συμπεράσματα που αφορούν τη νοσηλεία των παιδιών με χρόνια νοσήματα και γενικά σοβαρές ασθένειες. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών στοχεύουν σε επτά σημεία :

α). `` βασικές αρχές `` συμπεριλαμβανομένων των κεφαλαίων της επίδρασης της αρρώστιας στο παιδί και στην οικογένεια.

β). επιδημιολογία και δημογραφία της αρρώστιας.

γ). ειδικά προβλήματα που υφίστανται στις πόλεις ή στις αγροτικές περιοχές.

δ). διδασκαλία προσωπικού, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών.

ε). αποστολή των σχετικών εκδόσεων βιβλίων.

στ). οργανώσεις για τη βοήθεια των παιδιών.

ζ). οικονομικά προβλήματα.

Τα σχετικά βιβλία εκδίδονται από παράγοντες κυβερνητικούς, ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό καθώς και από οργανώσεις γονέων.

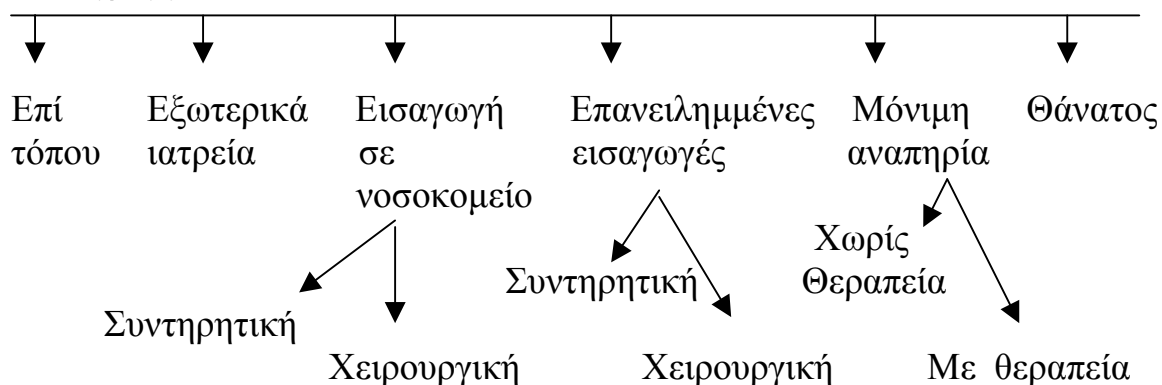
## **ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.**

Τα ατυχήματα αποτελούν το μεγαλύτερο κίνδυνο για τη ζωή των παιδιών και των εφήβων. Το τίμημα που πληρώνει η ηλικία αυτή σε ζωές είναι φανταστικό. Η αύξηση της συχνότητας των θανάτων από τροχαία στην ηλικία των 15 – 19 ετών είναι φαινόμενο διεθνές. Στην Αγγλία υπολογίζεται ότι 1 στα 50 παιδιά που τελειώνουν το σχολείο πεθαίνει ή τραυματίζεται σοβαρά από τροχαίο, στα επόμενα 10 χρόνια της ζωής του δηλαδή σε ηλικία 16 – 25 χρονών. Εκτός όμως από τους θανάτους, τα ατυχήματα με τη μεγάλη τους συχνότητα αλλά και τη βαρύτητά τους διαφοροποιούν τη νοσολογία της παιδικής ηλικίας και δημιουργούν προβλήματα νοσοκομειακής περιθάλψεως και ιατρικής και παραϊατρικής παρακολουθήσεως. Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών η οικονομική επιβάρυνση των υπηρεσιών υγείας είναι σημαντική.

Η καταγραφή των ατυχημάτων και του είδους της αντιμετώπισής τους, είναι δύσκολη. Και τούτο γιατί όπως φαίνεται στο διάγραμμα 1, ένα ποσοστό ατυχημάτων δεν είναι σοβαρά και αντιμετωπίζεται επί τόπου. Ένα άλλο ακόμη ποσοστό που φθάνει στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή δεν χρειάζεται αντιμετώπιση ή η αντιμετώπιση γίνεται σε εξωτερική βάση. Και τα ελαφρά όμως ατυχήματα δημιουργούν προβλήματα στη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, τόσο με το μεγάλο αριθμό και την οξύτητά τους, όσο και με τον έντονο εκνευρισμό που υπάρχει στο οικογενειακό περιβάλλον.

Υπάρχουν όμως και τα σοβαρά ατυχήματα που εισάγονται στο νοσοκομείο, για χειρουργική ή συντηρητική αγωγή. Μερικά από αυτά αποκαθίστανται ( τουλάχιστον σωματικά ) γιατί οι ψυχικές επιπτώσεις και οι δυσάρεστες εμπειρίες είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Ένα άλλο ποσοστό έχει ανάγκη από επανειλημμένες εισαγωγές, ή παραμένει με αναπηρίες που χρειάζονται ειδική και μακροχρόνια θεραπεία. Τέλος ένα ποσοστό πεθαίνει. Τις περισσότερες φορές ο θάνατος είναι άμεσος, χωρίς να υπάρχει δυνατότητα ιατρικής φροντίδας.

Διάγραμμα 1.



Στη μεγάλη συχνότητα των ατυχημάτων θα πρέπει να προστεθούν και ορισμένα άλλα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τη νοσηλευτική τους περίθαλψη, σε σχέση με άλλα νοσήματα της παιδικής ηλικίας. Το κύριο χαρακτηριστικό των ατυχημάτων είναι η οξύτητά τους. Αυτή επιβάλλει διάφορο μεταχείριση. Χρειάζεται πολλές φορές μια προτεραιότητα στην αντιμετώπιση, ειδική νοσηλευτική, εργαστηριακή και θεραπευτική φροντίδα, που χαρακτηρίζεται βασικά από την ανάγκη επαγρύπνησης και εντατικής παρακολούθησης. Στην ιδιοτυπία της νοσηλευτικής αντιμετώπισης πρέπει να προστεθεί και ο εκνευρισμός και το άγχος που υπάρχει στους γονείς και γενικά στο οικογενειακό περιβάλλον, που τις περισσότερες φορές επιδεινώνει αντί να βοηθά τα προβλήματα της νοσηλείας. Η γενικά σύντομη παραμονή στο νοσοκομείο των περισσότερων περιπτώσεων δημιουργεί τις προϋποθέσεις ( τουλάχιστον για παιδιατρικά νοσοκομεία με μεγάλη κίνηση ) της δημιουργίας θαλάμων βραχείας νοσηλείας και παρακολούθησεως. Η οργάνωση των μονάδων αυτών, όχι μόνο θα υπηρετήσει τα παιδιά με ατυχήματα αλλά θα μειώσει σημαντικά το κόστος, βελτιώνοντας συγχρόνως την ποιότητα νοσηλείας.

Το οικονομικό κόστος από τα ατυχήματα τόσο στις υπηρεσίες υγείας όσο και στην οικογένεια δεν είναι εύκολο να αποτιμηθεί.

Εκτός όμως από το οικονομικό κόστος των ατυχημάτων, για μια ολοκληρωμένη μελέτη της αντιμετώπισης των νοσηλευτικών προβλημάτων, είναι ανάγκη :

- α) Να αποτυπωθούν η συχνότητα, η ποικιλία και η βαρύτητα των μόνιμων αναπηριών και να οργανωθεί η αντιμετώπισή τους.
- β) Να μελετηθούν οι επιπτώσεις απ' τα ατυχήματα και τη νοσηλεία, στον ψυχισμό του παιδιού και της οικογένειάς του.
- γ) Να γίνει γνωστό στο ευρύτερο κοινό το νομικό καθεστώς που σχετίζεται με τα ατυχήματα και κυρίως τα τροχαία.

- δ) Να τονισθούν τόσο οι ατομικές όσο και του κοινωνικού συνόλου στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση των ατυχημάτων.
- ε) Να οργανωθούν μονάδες βραχείας νοσηλείας και παρακολουθήσεως των ασθενών, σε νοσοκομεία με μεγάλη νοσηλευτική κίνηση.

Από μια έρευνα που έγινε το 1981 στο νοσοκομείο "Αγία Σοφία" όσον αφορά τις εισαγωγές στις διάφορες κλινικές του νοσοκομείου το πρώτο τρίμηνο του 1981. σε σχέση με τη συχνότητα ατυχημάτων, το χρόνο νοσηλείας και το φύλο του παιδιού (πίνακας2.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Συχνότητα ατυχημάτων και χρόνος νοσηλείας στο Νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία" στο Α τρίμηνο 1981.

Κλινικές	<u>Αριθμός</u> <u>Ολικός</u>	<u>Εισαγωγών</u> <u>Ατυχήματα</u>	Ποσοστό (%)	Αγόρια	Κορίτσια	Ηλικία σε έτη Μέση και ακραίες τιμές	Ημέρες νοσηλείας Μέση και ακραίες τιμές	Σύνολο ημερών νοσηλείας
Α Πανεπιστημιακή παιδιατρική	2332	95	4	55	40	4 (0,1- 15)	2,6 (1- 13)	251
Ωτορινο- λαρυγγολογική	688	35	5	22	13	3,8 (0,2- 12)	2,9 (1- 7)	102
Οφθαλμολογική	146	43	29,4	36	7	5,1 (0,1- 14)	9,3 (2- 43)	401
Ορθοπαιδική	729	166	22,7	106	60	7 (0,3- 14)	5,3 (2- 30)	887
Χειρουργική	704	194	27,5	115	79	5,5 (0,1- 14)	4,3 (1- 116)	856
Νευροχειρουργική	79	21	26,5	16	5	5,8 (0,9- 14)	7,5 (1- 18)	159
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>4678</b>	<b>554</b>	<b>11,9</b>	<b>350</b>	<b>204</b>	<b>5,2 (0,1- 15)</b>	<b>4,8 (1- 161)</b>	<b>2656</b>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ.

Το άγνωστο νοσοκομειακό περιβάλλον δημιουργεί στα παιδιά άγχος που έχει επιπτώσεις στην συμπεριφορά του αλλά όμως και ορισμένες αντιδράσεις στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού.

Το 1979 μια έρευνα από τον Knight και τους συνεργάτες του απέδειξε την αύξηση της κορτιζόλης δύο μέρες πριν την εγχείρηση. Στα παιδιά που είχαν την δυνατότητα να πληροφορηθούν για την εγχείρηση αρκετές μέρες πριν η αύξηση αυτή δεν ήταν πολύ μεγάλη. Όσα όμως ήταν τελείως απροετοίμαστα παρήγαν πολύ μεγάλη ποσότητα κορτιζόλης. Είναι γνωστό πως η μεγάλη ποσότητα κορτιζόλης προκαλεί έλκος.

Άλλες έρευνες πάλι απέδειξαν ότι ο δείκτης νοημοσύνης παρουσιάζει μια μικρή αλλοίωση που φτάνει σε μια πτώση κάτω του φυσιολογικού. Αναπτύχθηκαν επομένως θεωρίες που προσπαθούσαν να ερμηνεύσουν τις αντιδράσεις των νοσηλευομένων παιδιών.

- α) Πρώτος ο Spitz ερεύνησε το θέμα από το 1945 και ερμήνευσε τις αντιδράσεις στρες λόγω της έλλειψης της μητέρας του παιδιού.
- β) Έπειτα οι Sayegh και Dennies το 1965 θεώρησαν σαν παράγοντα υπεύθυνο για τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών το περιβάλλον χωρίς ερεθίσματα (κλασική θεωρία της μάθησης).
- γ) Η θεωρία Novak και Harlow το 1975 υποστηρίζει πως το άγνωστο περιβάλλον με πολύπλοκα καινούργια ερεθίσματα ξυπνά μέσα μας οντολογικά - εξελικτικά προκαθορισμένες συμπεριφορές.
- δ) Οι Asworth και Wittig το 1969, Bell το 1970 και Skarin το 1977 παρατήρησαν ότι η παρουσία οικείων προσώπων είχε αντίκτυπο στη συμπεριφορά : τάση για εξερεύνηση, μείωση των εγωκεντρικών τάσεων, μείωση τάσεων φυγής. Η απουσία των οικείων προσώπων πολλαπλασίασε την προβληματική συμπεριφορά. Βλέπουμε λοιπόν εδώ ότι η παρουσία των οικείων προτύπων δημιουργεί σιγουριά που απελευθερώνεται από ένα μεγάλο βαθμό στρες.



Όλες οι παραπάνω θεωρίες αποδεικνύουν ότι ο άγνωστος χώρος του νοσοκομείου δημιουργεί φόβο και ο φόβος προκαλεί για το παιδί μια τάση φυγής από το άγνωστο αυτό περιβάλλον. Και επειδή το παιδί δεν μπορεί να φύγει δημιουργούνται προβλήματα συμπεριφοράς. Όσο πιο μικρό είναι το παιδί τόσο πιο εμφανή είναι αυτά τα προβλήματα.

Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο καθορίζονται από προσωπικούς - μη προσωπικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες.

- Ο προσωπικός παράγοντας υπεισέρχεται στο παιδί που προδιαθέτει σε ανησυχία δηλ. έχει προβλήματα άγχους και πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

- Ο μη προσωπικός παράγοντας αφορά κυρίως την ανησυχία της μητέρας και των προσώπων που περιβάλλουν το παιδί.

- Ο περιβαλλοντολογικός παράγοντας επιδρά ανάλογα με τον τύπο νοσηλείας (νοσοκομείο, κατ' οίκον νοσηλεία, νοσοκομείο ημέρας).

Οι σχετικές έρευνες αποδεικνύουν ότι :

α) ένα παιδί που είχε από πριν συμπτώματα ανησυχίας, γίνεται πιο ανήσυχο μετά

την εισαγωγή από ένα παιδί χωρίς συμπτώματα ανησυχίας, πριν από την

εισαγωγή στο νοσοκομείο.

β) νοσηλευόμενο παιδί που διακρίνεται ανήσυχο, μετά των καθησυχασμό της

μητέρας του γίνεται αισθητά πιο ήρεμο.

γ) ένα παιδί που νοσηλεύεται σε παραδοσιακό νοσοκομείο είναι πιο ανήσυχο από

ένα παιδί που νοσηλεύεται σε νοσοκομείο ημέρας.

δ) τα περισσότερα αγχώδη παιδιά είναι εκείνα που είχαν από πριν υψηλά στάση

ανησυχίας, είναι εκείνα που έχουν αγχώδης μητέρες και εκείνα που

νοσηλεύονται σε παραδοσιακό τύπο νοσοκομείου.

Το επίπεδο άγχους των παιδιών φαίνεται λοιπόν ότι είναι ανάλογο με το επίπεδο άγχους των μητέρων τους. Πολλά παιδιά και οι οικογένειές τους επηρεάζονται συναισθηματικά όταν το παιδί νοσηλεύεται για μια φυσική αρρώστια. Όμως, σχετικά λίγα γνωρίζουν για τους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τους ανθρώπους, κάτω από τέτοιες καταστάσεις. Ο Vernom συζητά τρεις γενικούς παράγοντες που επιδρούν συναισθηματικά στο

παιδί. Αυτοί είναι η προσωπικότητα του παιδιού, η αντίδραση των γονέων και η κατάσταση του νοσοκομείου.

Εκείνο που πρέπει να θεωρήσουμε σαν δεδομένο είναι ο προσωπικός χαρακτήρας του άγχους, είναι δηλ. πολύ σημαντικές οι προσωπικές μεταβλητές οι οποίες καθορίζουν την ατομική συναισθηματική κατάσταση αυτού που νοσηλεύεται.

Εδώ πρέπει να ειπωθεί ότι έχουμε δυο είδη άγχους :

α) παροδική κατάσταση άγχους

β) άγχος με προσωπικά χαρακτηριστικά.

Ένα άτομο της δεύτερης περίπτωσης είναι περισσότερο εκτεθειμένο σε κατάσταση άγχους όταν βρεθεί στο νοσοκομείο. Εδώ όμως πρέπει να αναφερθεί και η αντίδραση των γονέων καθώς και η αντίδραση των παιδιών εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την δική τους αντίδραση. Η επίδραση των γονέων στην αντίδραση των παιδιών στη θεραπεία μπορεί να αποδοθεί σε δυο όψεις : α) γενική ποιότητα της σχέσης και β) ειδική αντίδραση των γονέων.

Στην πρώτη περίπτωση, η γενική ποιότητα της σχέσης μητέρας - παιδιού συμβάλλει στην καλή προσαρμογή του παιδιού στο νοσοκομείο. Στη δεύτερη περίπτωση, υποστηρίζεται ότι η αντίδραση άγχους είναι μεταδοτική. Οι γονείς που εκδηλώνουν το άγχος τους με την παρουσία τους στα παιδιά τους μεταδίδουν τα συναισθήματά τους. Το άγχος αποκτιέται και εκδηλώνεται από την επίδραση των γονέων. Το επίπεδο άγχους στα παιδιά επηρεάζεται μετά από την επαφή μαζί τους στο νοσοκομείο.

Η Τρίτη ομάδα μεταβλητών που επιδρούν στην συναισθηματική αντίδραση του νοσηλευόμενου παιδιού είναι μεταβλητές σχετικές με τη νοσηλεία και μόνο. Η νοσοκομειακή νοσηλεία μπορεί να επιφέρει μια κρίση στη ζωή της οικογένειας. Αυτό συνεπάγεται διακοπή από το φυσικό τρόπο ζωής της οικογένειας, χωρισμό από τους γονείς, τα αδέρφια και τους φίλους, άγνωστες θεραπείες, μια αοριστία στο τι πρόκειται να συμβεί στο νοσοκομείο καθώς και μετά την έξοδο από αυτό. Η έννοια αυτής της εμπειρίας των παιδιών ερευνήθηκε από τον Spitz και Baubly το 1954 και 1952, αντίστοιχα και περιέγραψαν τα αποτελέσματα της στέρησης, εξαιτίας της νοσηλείας, στην πνευματική ανάπτυξη και στη συμπεριφορά των παιδιών. Την ίδια περίοδο η Anna Freud ερεύνησε τις αντιδράσεις των νοσηλευόμενων εξαιτίας της φυσικής αρρώστιας και την επίδραση αυτής στον ψυχικό κόσμο του παιδιού. Αυτή περιγράφει τα αισθήματα της αδυναμίας, το χάσιμο του ελέγχου του εγώ και τις φαντασίες οι οποίες προκύπτουν κυρίως στην περίπτωση της χειρουργικής επέμβασης.

Από το 1950 έγιναν πολλές προσπάθειες να προσφερθεί ψυχολογική βοήθεια στα παιδιά που χρειάζονται ιατρική παρακολούθηση με εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η εμφάνιση και οι ευκολίες στους θαλάμους των παιδιών άλλαξε. Στην εκλογή των μη επειγουσών νοσηλειών άρχισε πρόσφατα να λαμβάνεται υπόψη η ψυχολογική προετοιμασία των παιδιών και μια νέα καινοτομία ήταν τα νοσοκομεία ημέρας. Από διάφορες μελέτες έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά και οι μητέρες τους μπορεί να ελαττώσουν το άγχος σε κλινική ημέρας παρά σε παραδοσιακό νοσοκομείο. Αυτό οφείλεται στην παραμονή, έστω και μόνο για τη νύχτα στο γνωστό περιβάλλον του σπιτιού.

Συνοψίζοντας τους περισσότερο ειδικούς παράγοντες που έχει αναφερθεί ότι επιδρούν στη συναισθηματική κατάσταση των παιδιών έχουμε :

- 1) Ο άγνωστος χώρος του νοσοκομείου προκαλεί φόβο και τάση φυγής.
- 2) Τα νοσηλευόμενα παιδιά με υψηλό επίπεδο άγχους πριν από την εισαγωγή στο νοσοκομείο αυξάνουν το άγχος τους μετά την εισαγωγή.
- 3) Η παρουσία οικείων προσώπων ελαττώνει το φόβο και την τάση φυγής.
- 4) Παιδιά που διακρίνουν άγχος στη μητέρα τους θα αποκτήσουν υψηλότερο επίπεδο ανησυχίας μετά την εισαγωγή.
- 5) Τα παιδιά που νοσηλεύονται σε παραδοσιακό τύπο νοσοκομείου παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο άγχους από εκείνα που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία ημέρας.

Πρέπει βέβαια να ληφθεί υπόψη η ηλικία, το φύλλο, το είδος της διάγνωσης, το χρονικό διάστημα της νοσηλείας, το δημογραφικό βάθος και οι γονείς που συνοδεύουν το παιδί, καθώς και η κατάσταση και η ατμόσφαιρα στους δύο τύπους νοσοκομείων.

### **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ.**

Η νοσοκομειακή νοσηλεία προκαλεί στο παιδί πολύ σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα. Φυσικά όλοι οι γιατροί είναι ενήμεροι γι' αυτά και τα λαμβάνουν υπόψη μόνο στη θεραπεία τους. Όμως δεν φτάνει μόνο αυτό. Γενικά όλος ο χώρος του νοσοκομείου και όλη η αντιμετώπισή του κατά τη διάρκεια της υποδοχής και της νοσηλείας πρέπει να διαμορφώνεται έτσι ώστε να καλύπτονται όλες οι ψυχολογικές ανάγκες του παιδιού. Δυστυχώς όμως πολύ

συχνά οι ανάγκες αυτές αγνοούνται από τους αρχιτέκτονες και το διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων.

Το παιδί ξαφνικά βρίσκεται μακριά από το γνωστό οικογενειακό περιβάλλον, σε χέρια άγνωστα και υφίσταται εξετάσεις πολλές φορές πολύ επώδυνες, ειδική δίαιτα κ.τ.λ. Φυσικά όλα τα παιδιά δεν αντιδρούν σε αυτές τις αλλαγές με τον ίδιο τρόπο. Η προσωπικότητα και η ηλικία του παιδιού είναι εδώ πολύ σημαντικοί παράγοντες. Με διαφορετικό τρόπο αντιδρά ένα μωράκι και με ένα διαφορετικό τρόπο ένα παιδί 8 ετών ή 14 ετών. Φυσικά και το είδος της ασθένειας σε συνδυασμό με την ηλικία καθορίζουν τον τρόπο της αντίδρασης. Ένα μωράκι π.χ. που βρίσκεται σε στοματικό στάδιο θα επηρεαστεί ψυχολογικά περισσότερο όταν έχει ένα κάταγμα σιαγόνας και δεν μπορεί να φάει. Η ένεση έχει γι' αυτό πολύ μικρότερη σημασία. Η μητέρα του αντιπροσωπεύει γι' αυτό την τροφή του (κυρίως σε περίπτωση θηλασμού). Ο αποχωρισμός απ' αυτήν σημαίνει κατά κάποιον τρόπο στέρηση της απόλαυσης που λέγεται τροφή.

Πρέπει επίσης να γίνει γνωστό ότι ο αποχωρισμός του παιδιού από το οικείο περιβάλλον του δεν είναι πάντα επιζήμιος για την ψυχική του υγεία. Μπορεί να έχει θαυμάσια αποτελέσματα για παιδιά που ζουν με υπερπροστατευτικές οικογένειες, μέσα σε μια σχέση εξάρτησης που αναστέλλει την ανάπτυξή τους, ή για άλλα που βρίσκουν στο νοσοκομείο μια ακόμα δυνατότητα δημιουργίας κοινωνικών και πολιτιστικών επαφών. Ευνοούνται ακόμη και τα παιδιά με προβληματικές οικογένειες (αλκοολισμός, ψυχοπάθεια, κ.τ.λ.). Μ' αυτόν το τρόπο αρκετές περιπτώσεις διαταραγμένης συμπεριφοράς στο παιδί θεραπεύονται με την απομόνωση από το οικογενειακό περιβάλλον. Περισσότερο έντονα είναι τα ψυχολογικά προβλήματα σε περίπτωση απομόνωσης εξαιτίας κάποιου λοιμώδους νοσήματος ή σε περίπτωση μακροχρόνιας νοσηλείας ή ιδρυματισμού.

**I. Ιδρυματισμός:** Η απουσία της μητέρας στον ιδρυματισμό ή κάθε άλλου προσώπου που την αντικαθιστά προκαλεί διάφορα σύνδρομα που οφείλονται κυρίως στη συσσώρευση και στο χάσιμο της ατομικότητάς τους. Τα σύνδρομα αυτά είναι : παλινδρόμηση στην ψυχοκινητική και συναισθηματική ανάπτυξη, καταθλιπτικές καταστάσεις, μια ολόκληρη σειρά από παθολογικές καταστάσεις και παρεκτροπές και καθυστερήσεις στην ανάπτυξη της προσωπικότητας. Μετά από ένα στάδιο που χαρακτηρίζεται από κλάματα και διαμαρτυρίες, τα παιδιά γίνονται αδρανή, σιωπηλά και απαθή. Η φυσική τους κατάσταση επιδεινώνεται (ανορεξία, απώλεια βάρους) καθώς και η ψυχοκινητική τους ανάπτυξη. Όσο

μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της νοσηλείας, τόσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα. Σήμερα η γνώση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των παιδιών κάθε ηλικίας οδηγεί στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των παιδιών.

**II. Παρουσία ή απουσία της μητέρας.** Η απουσία της μητέρας κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής συνεπάγεται μια συνολική αλλαγή στους όρους της ζωής. Οι συνέπειες που επιφέρει σ' αυτό η απουσία της μητέρας του είναι αισθητές τόσο στην φυσιολογική του ωριμότητα, όσο και στην κοινωνική του ανάπτυξη. Κάθε τι που παρεμποδίζει την ικανοποίηση των αναγκών του νεογέννητου ή του βρέφους, επιφέρει μια αλλαγή στην ψυχο-φυσιολογική του κατάσταση.

Μια πολύ σημαντική ανάγκη κυρίως του παιδιού κάτω των δυο χρόνων είναι η ανάγκη της σταθερότητας. Η οργάνωση του χώρου και του χρόνου είναι πολύ σημαντικές για να είναι όλα ομαλά στο μικρό παιδί. Όταν αλλάζει περιβάλλον ή άτομα που το περιποιούνται αισθάνεται μια έλλειψη ασφάλειας η οποία εκδηλώνεται με παρατεταμένα κλάματα, με διαταραχές στον ύπνο ή στη διατροφή. Η ανάγκη της σταθερότητας βέβαια δεν είναι απαραίτητη για την επιβίωση, είναι όμως βασική για τη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Η συναισθηματική ανάπτυξη επιτυγχάνεται μόνο όταν υπάρχει ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί μια μόνιμη σχέση στοργής, παρέχει το αίσθημα της ασφάλειας και της σταθερότητας. Όταν λείπει μια τέτοια σχέση κατά την περίοδο της πρώτης παιδικής ηλικίας, τότε μιλάμε για πρόωμη στέρηση στοργής.

Η νοσηλεία στο νοσοκομείο δεν υπονοεί πάντα συναισθηματική στέρηση. Για συναισθηματική στέρηση στο νοσοκομείο μπορούμε να μιλήσουμε όταν ένα παιδί νοσηλεύεται για διάστημα περισσότερο από τους 5 μήνες χωρίς μητρικό υποκατάστατο ή όταν η νοσηλεία επαναλαμβάνεται πολύ συχνά, με πρόσωπα που αλλάζουν συνεχώς.

Το μικρό παιδί κάτω των 7 ετών δεν μπορεί να κατανοήσει την έννοια της ασθένειας και την ανάγκη της νοσοκομειακής νοσηλείας. Έτσι εκλαμβάνει την νοσοκομειακή νοσηλεία σαν ένα αδικαιολόγητο αποχωρισμό από την οικογένειά του. Υποφέρει που αποχωρίστηκε από την μητέρα του και νομίζει ότι το εγκατέλειψαν. Έτσι καταβάλλεται από θλίψη, φόβο και επιθετικότητα. Αισθάνεται την νοσηλεία ως τιμωρία.

Ανακεφαλαιώνοντας λοιπόν λέμε ότι τα αποτελέσματα της μητρικής στέρησης είναι: ωχρότητα, ανεπάρκεια βάρους, μυϊκή υποτονία, επιπόλαιη αναπνοή, πεπτικές διαταραχές τύπου

ανορεξίας, διάρροιες, ευμεταβλητότητα της θερμοκρασίας χωρίς λοιμώδες αίτιο. Το παιδί είναι αδιάφορο, πάσχει από υπνηλία, δεν δείχνει ενδιαφέρον για το μπιμπερό του, δείχνει ατονία και πολύ μειωμένη μυϊκή δραστηριότητα, παρουσιάζει κατάθλιψη, καθυστέρηση στην ανάπτυξη, γίνεται αντικειμενικό.

Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που καθορίζουν την αντίδραση του παιδιού στη μητρική στέρηση και νοσοκομειακή νοσηλεία :

α) Υπάρχουν παιδιά που είναι πιο ευαίσθητα από τα άλλα στην μητρική στέρηση και νοσηλεία.

β) Όσο μικρότερο είναι το παιδί, τόσο σοβαρότερες είναι οι συνέπειες της στέρησης και της νοσηλείας.

γ) Η χρονική διάρκεια της νοσηλείας είναι ανάλογη με τις συνέπειες της νοσηλείας.

δ) Η μητρότητα επιτρέπει την επιστροφή σε μια ανάλογη ανάπτυξη, εφόσον ο χρόνος αποχωρισμού δεν είναι πολύ μεγάλος.

**III. Εκδηλώσεις αποχωρισμού:** Η συμπεριφορά του παιδιού μετά από εισαγωγή του στο νοσοκομείο δείχνει ολοκάθαρα τα αποτελέσματα της προετοιμασίας που είχε προηγηθεί ή όχι. Ακόμα δείχνει κατά πόσο είναι έτοιμο το περιβάλλον του να δεχθεί την εισαγωγή και κατά πόσο σωστά ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του παιδιού τα άτομα της νοσηλευτικής ομάδας.

Η πρώτη εκδήλωση του παιδιού μέσα στο νοσοκομείο είναι η διαμαρτυρία. Η διαμαρτυρία μπορεί να διαρκέσει από μερικές ώρες, μέχρι και ολόκληρες μέρες. Είναι το αρχικό στάδιο μιας σειράς άλλων σοβαρότερων συμπτωμάτων που πιθανόν να εμφανιστούν στο παιδί. Η διαμαρτυρία εκδηλώνεται σαν αποτέλεσμα του φόβου που νιώθει το παιδί από το άγνωστο νοσοκομειακό περιβάλλον και τα άγνωστα πρότυπα που το περιβάλλουν. Κλαίει και αντιδρά αρνητικά στη παρουσία αγνώστου ατόμου.

Με το πέρασμα των ωρών ή των ημερών το παιδί βλέπει ότι δεν το παίρνουν από το νοσοκομείο. Σιγά – σιγά λοιπόν αρχίζει να προσαρμόζεται και ησυχάζει. Όταν όμως απομακρύνεται η μητέρα του, τότε καταβάλλεται από πανικό. Εδώ τα πράγματα είναι πολύ χειρότερα όταν το παιδί νοσηλεύεται σε κατάσταση απομόνωσης, όπου απαγορεύεται η παραμονή της μητέρας. Στην περίπτωση αυτή το παιδί κλαίει μονότονα και συνεχώς. Μένει απαθές στο κρεβάτι του μέχρι την επίσκεψη της μητέρας του. Μετά την αναχώρηση της αρχίζει να ουρλιάζει, για να επανέλθει σιγά – σιγά στην απάθεια. Αυτό είναι το στάδιο της απελπισίας.

Το επόμενο στάδιο είναι το στάδιο της άρνησης. Εδώ φαίνεται ότι το παιδί άρχισε να προσαρμόζεται. Αρχίζει να ενδιαφέρεται για ότι το περιβάλει. Αυτό όμως δεν είναι παρά ένας συμβιβασμός στην όλη κατάσταση. Το παιδί σ' αυτό το στάδιο δείχνει μια παντελή αδιαφορία για τη μητέρα του.

Υπάρχουν και οργανικά συμπτώματα που εμφανίζονται στο παιδί υπό την επήρεια της νοσοκομειακής νοσηλείας. Αυτά εμφανίζονται σαν ένας τρόπος διαμαρτυρίας του παιδιού για τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο. Τέτοια οργανικά συμπτώματα είναι η νυκτουρία, το ψεύδισμα, η οξυθυμία, ο νευρικός εμετός, οι πεπτικές διαταραχές, η αϋπνία.

Όλες αυτές οι εκδηλώσεις του αποχωρισμού σχετίζονται με τη βιωμένη από το παιδί πραγματικότητα και μπορούμε εδώ να χρησιμοποιήσουμε τον όρο του ψυχικού τραυματισμού. Η νοσοκομειακή νοσηλεία μπορεί πραγματικά να σημαδέψει τη ζωή του παιδιού και να αφήσει τη σφραγίδα της με τη μορφή των απωθημένων και εντελώς λησμονημένων αναμνήσεων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Οργάνωση χώρου – Διακόσμηση Παιδιατρικού Νοσοκομείου

Η οργάνωση του χώρου και η διακόσμηση ενός παιδιατρικού νοσοκομείου είναι βασικός παράγοντας για την ψυχολογική αντίδραση του παιδιού. Μπαίνοντας το παιδί στο χώρο του νοσοκομείου πρέπει να νιώσει ευχάριστα και να μην αισθανθεί φόβο. Η αυστηρότητα του γενικού νοσοκομείου δεν ταιριάζει στο παιδιατρικό νοσοκομείο. Η ευχάριστη ατμόσφαιρα πρέπει να ξεκινά από τα εξωτερικά ιατρεία που είναι και ο πρώτος χώρος επαφής του παιδιού με το νοσοκομείο. Βασικός χώρος εδώ θεωρείται η αίθουσα αναμονής στην οποία το παιδί προετοιμάζεται κατά κάποιο τρόπο ψυχολογικά για την επικείμενη ιατρική εξέταση και ίσως την επικείμενη εισαγωγή σε κάποιο τμήμα του νοσοκομείου. Μια ευρύχωρη αίθουσα αναμονής με πολλά χαρούμενα διακοσμητικά στοιχεία ( αφίσες, λουλούδια, κλπ.) και ασφαλώς πολλά και διάφορα παιχνίδια και βιβλία που να καλύπτουν όλες τις ηλικίες και απαιτήσεις μπορεί να επιδράσει θετικά στον ψυχικό κόσμο του παιδιού και να δημιουργήσουν ευχάριστα συναισθήματα. Το ίδιο ευχάριστο πρέπει να είναι και το εξεταστήριο των εξωτερικών ιατρείων. Αφίσες και λουλούδια πρέπει να υπάρχουν και εκεί καθώς και παιχνίδια για να ασχολείται το παιδί την ώρα της εξέτασης. Βασική προϋπόθεση είναι η υποδοχή και η εξέταση από ευγενικό και ευχάριστο προσωπικό. Όταν το παιδί μετά την εισαγωγή έλθει στην κλινική πρέπει να βρει την ίδια ζεστή ατμόσφαιρα των εξωτερικών ιατρείων. Και εδώ μεγάλο ρόλο παίζει η θερμή υποδοχή από το προσωπικό. Το μεγαλύτερο μέρος την ημέρας εδώ θα περνάει μέσα στο θάλαμο. Ο θάλαμος θα πρέπει να έχει πολλά κρεβάτια και απαραίτητα γύρω από το κάθε κρεβάτι είναι το παραβάν. Έτσι αποφεύγουμε τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στο παιδί όταν βλέπει μια επίπονη νοσηλεία σε άλλο παιδάκι του θαλάμου. Απαραίτητα είναι και εδώ τα παιχνίδια καθώς και η τηλεόραση και το βίντεο για την παρακολούθηση ψυχαγωγικών παιδικών προγραμμάτων ή εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Καλό θα ήταν να υπάρχει ένα σαλόνι για να συναντιούνται τα παιδιά που σηκώνονται από το κρεβάτι τους και να δημιουργούν φιλίες ή να ψυχαγωγούνται. Έτσι δημιουργείται ευχάριστη ατμόσφαιρα για τα παιδιά αλλά και για το προσωπικό και μειώνεται στο ελάχιστο τα ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να δημιουργήσει μια νοσοκομειακή νοσηλεία. Πάντως, το βέβαιο ότι παρά την πρόβλεψη για την αποφυγή των ατυχημάτων και την αυστηρότητα που δημιουργούν τα διάφορα μέτρα ασφάλειας στο παιδιατρικό νοσοκομείο σε καμία



περίπτωση το παιδιατρικό νοσοκομείο να μοιάζει με φυλακή ή μονάδα απομόνωσης.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ** **(Προετοιμασία – Εισαγωγή)**

Αν εξαιρέσουμε τις επείγουσες περιπτώσεις είναι απαραίτητο η εισαγωγή στο νοσοκομείο να γίνει κατόπιν προετοιμασίας και όχι ξαφνικά. Η προετοιμασία πρέπει να αρχίσει από τους γονείς καθώς οι περισσότεροι δεν είναι έτοιμοι να δεχτούν μια εισαγωγή του παιδιού τους στο νοσοκομείο. Ο γιατρός οφείλει να τους εξηγήσει το λόγο για τον οποίο αναγκάζεται να το κάνει. Όσο πιο μικρότερο είναι το παιδί τόσο πιο πολύ οι γονείς επηρεάζονται και αναστατώνονται από αυτή την απόφαση. Οι γονείς πρέπει να συνειδητοποιήσουν την αναγκαιότητα της εισαγωγής για να μην μεταδώσουν την αγωνία τους και την αβεβαιότητας τους στο παιδί. Το παιδί πρέπει να προετοιμαστεί αν είναι δυνατόν από τους ίδιους τους γονείς. Γενική θέση είναι να μιλάμε στο παιδί για την ασθένεια σαν κάτι το φυσιολογικό. Το παιδί μαθαίνει τι είναι αρρώστια, τι είναι φάρμακο, τι είναι νοσοκομείο.

Ο πιο σίγουρος τρόπος και πιο ιδανικός γι' αυτή την ηλικία είναι το παιχνίδι ρόλων με κούκλες. Στην περίπτωση αυτή οι κούκλες παίρνουν την θέση του γιατρού, της νοσηλεύτριας, του ασθενή. Τα ειδικά παιχνίδια πχ. πλαστικά εργαλεία, ενέσεις κλπ. Πρέπει να έχουν τη θέση τους στα παιχνίδια του παιδιού. Υπάρχουν βέβαια και σχετικά βιβλία με εικόνες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ανάλογες περιπτώσεις. Πάντα βέβαια απαιτείται και μια επίσκεψη του παιδιού στο νοσοκομείο όπου θα δει τους χώρους του και θα γνωριστεί με το προσωπικό του. Λίγες μέρες μετά από την εισαγωγή πρέπει να εξηγήσουν στο παιδί το λόγο της εισαγωγής και τι πρόκειται να συμβεί. Εξηγήσεις τεχνικής φύσεως, δοσμένες σε γλώσσα απλή και κατανοητή για την ηλικία του περιορίζουν τα ψυχολογικά τραύματα κυρίως αν πρόκειται για χειρουργική επέμβαση.

Πρέπει να τονιστεί στο παιδί ότι η νοσηλεία του είναι προσωρινή και ότι οι γονείς το αγαπάνε το ίδιο όπως πρώτα, και πως όταν θα βγει από το νοσοκομείο δεν θα πονάει και θα μπορεί να παίζει καλύτερα. Πριν από την εισαγωγή θα επισκεφτούμε μαζί του το νοσοκομείο, το δωμάτιο του και να του τονίσουμε κυρίως τις ευχάριστες πλευρές της διαμονής του σε αυτό (πολλά παιδιά, παιχνίδια, τηλεόραση, βίντεο) .

Ο φόβος του νοσοκομείου μπορεί να μειωθεί μέσω της μάθησης. Όσα περισσότερα γνωρίζουμε για έναν καινούργιο χώρο ή για μια ασυνήθιστη κατάσταση (ασθένεια) τόσο λιγότερο φοβόμαστε για το άγνωστο και τόσο καλύτερα αντιμετωπίζουμε γνωστικά και συναισθηματικά το θέμα ασθένεια-νοσοκομείο.

## **ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο τον κυρίαρχο ρόλο παίζει η υποδοχή. Οι διοικητικές διατυπώσεις πρέπει να είναι σύντομες και να μην παρουσιάζουν δυσκολίες γιατί η γραφειοκρατία και μάλιστα σε τέτοιες καταστάσεις προκαλεί εκνευρισμό. Το παιδί δεν πρέπει απότομα να αποσπασθεί από την αγκαλιά των γονιών του, εκτός βέβαια από την περίπτωση των πολύ επείγουσών περιπτώσεων. Και φυσικά το παιδί πρέπει να εξετάζεται παρουσία των γονιών του, εκτός βέβαια και εδώ από τις επείγουσες περιπτώσεις που πολύ επίπονες εξετάσεις είναι δυνατόν να δημιουργήσουν δυσάρεστες επιπτώσεις στους γονείς που δυσκολεύουν την όλη κατάσταση.

Μετά την κλινική εξέταση εξηγείται στους γονείς πόσο καιρό είναι ανάγκη να μείνει το παιδί στο νοσοκομείο, τη φύση της αρρώστιας την αναγκαιότητα της εισαγωγής, καθώς και την διαδικασία της νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι εξηγήσεις πρέπει να δοθούν με λόγια κατανοητά με αποφυγή ιατρικών όρων οι οποίοι πολλές φορές δημιουργούν πανικό. Αν το παιδί είναι μεγάλο πρέπει κι αυτό να ενημερωθεί για την όλη κατάσταση. Καταρχήν πρέπει να εξηγήσουμε ότι η αρρώστια δεν είναι μοναδική και ότι υπάρχει κατάλληλη θεραπεία. Αυτό καθησυχάζει γονείς και παιδί και δέχονται πιο ανώδυνα την εισαγωγή. Ακόμη πρέπει να ενημερωθούν ότι έχουν το δικαίωμα να παραμένουν με το παιδί τους, να κοιμάται κάποιος μαζί του το βράδυ και να το επισκέπτονται τα αγαπημένα του πρόσωπα στις ώρες του επισκεπτηρίου. Έτσι μειώνεται το άγχος παιδιού και γονέων και γίνεται πιο εύκολη η προσαρμογή.

## **ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ**

Οι παλιότερες απόψεις για τα παιδιατρικά νοσοκομεία ήταν πολύ αυστηρές στο θέμα του επισκεπτηρίου. Ο πολύ αυστηρός περιορισμός των επισκέψεων βασιζόταν στα παρακάτω επιχειρήματα:

I. Οι γονείς μεταφέρουν παθογόνα μικρόβια στο χώρο του νοσοκομείου.

II. Οι επισκέψεις αναστατώνουν τα παιδιά, τα οποία μετά τον αποχωρισμό γίνονται πολύ ανήσυχα.

III. Οι γονείς φέρνουν πολλά φαγητά που πολλές φορές χαλάνε την ειδική δίαιτα που εφαρμόζει το νοσοκομείο στο παιδί.

IV. Οι πολλές επισκέψεις δημιουργούν αναταραχή στο τμήμα που

παρεμποδίζουν την εργασία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

V. Οι γονείς καθώς πιστεύουν ότι χάνουν το κύρος τους, προσπαθούν να κερδίσουν την αγάπη του παιδιού τους με την επιθετική συμπεριφορά και τις συνεχείς διαμαρτυρίες προς το προσωπικό του νοσοκομείου.

Η συχνότητα αυτών των περιστατικών δημιουργεί ως αντίδραση, σύμφωνα με μια άποψη, την ανάγκη περιορισμού του χρόνου επισκέψεων, ώστε να εξασφαλιστούν κάποιες ώρες ηρεμίας. Αντίθετα μια δεύτερη άποψη υποστηρίζει ότι όσο πιο συχνές είναι οι επισκέψεις των γονέων, τόσο έρχονται αυτοί σε μεγαλύτερη επαφή με το παιδί τους, έχουν την ευκαιρία να το φροντίσουν (πλύσιμο, τάισμα) πράγμα που απαλλάσσει το παιδί από το άγχος μια που έχει κάτι από τη φυσιολογική του ζωή.

Την ώρα της αποχώρησης των γονέων από το νοσοκομείο τα περισσότερα παιδιά καταλαμβάνονται από πανικό. Νομίζουν ότι χάνουν τους γονείς τους. Εδώ είναι σημαντικό οι γονείς να λένε την αλήθεια στο παιδί, ότι φεύγουν και θα ξανάρθουν αύριο την ίδια ώρα. Τα ψέματα εδώ είναι το μεγαλύτερο πάθος των γονέων γιατί μεγαλώνουν την ανασφάλεια του παιδιού τους. Καλό είναι επίσης μετά την αναχώρηση των γονέων και για λίγη ώρα να παραμένει μια νοσοκόμα μαζί με το παιδί για να μην νοιώθει εγκαταλελειμμένο. Οι πολλές και συχνές επισκέψεις των γονέων, μετριάζουν το αίσθημα του αποχωρισμού και επαυξάνουν εκείνο της ασφάλειας, ωφελώντας το άρρωστο παιδί, υπό τον όρο να διεξάγονται μέσα σ' ένα κλίμα ηρεμίας και όχι δακρύων.

## **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΣΧΟΛΕΙΟ**

Το θέμα των χαμένων μαθημάτων από το σχολείο απασχολεί πάρα πολύ τους γονείς των παιδιών της σχολικής ηλικίας. Μια βραχύχρονη νοσηλεία δεν επιφέρει σημαντικά προβλήματα. Οι χαμένες ώρες διδασκαλίας είναι λίγες και μπορούν να αναπληρωθούν με περισσότερο διάβασμα από μεγαλύτερη βοήθεια από το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον. Η μακροχρόνια όμως νοσηλεία καθώς και οι πολλές εισαγωγές μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα δημιουργούν πολλά προβλήματα, που δεν μπορούν να αναπληρωθούν με την καλή θέληση του παιδιού και του δασκάλου. Για αυτές τις περιπτώσεις έχουν αυξηθεί και εφαρμοστεί στο εξωτερικό διάφοροι τρόποι διδασκαλίας. Η καταγραφή των σχολικών βιβλίων σε βιντεοκασέτες με τρόπο κατανοητό και ευχάριστο μπορεί να καλύψει ορισμένα κενά.

Στην περίπτωση αυτή η διοίκηση του νοσοκομείου πρέπει να συγκεντρώσει τις ηλικίες των παιδιών και τις ανάγκες τους και να προσπαθήσει να εξοπλιστεί κατάλληλα. Βέβαια στην Ελλάδα η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος είναι μάλλον όνειρο απόμακρο και

ανεφάρμοστο.

Τα νοσηλευόμενα παιδιά μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να παρακολουθήσουν τα προγράμματα της εκπαιδευτικής τηλεόρασης των κρατικών καναλιών. Η συχνότητα προβολής τους όμως δεν είναι τακτική και η επιλογή μαθημάτων δεν καλύπτει όλες τις ηλικίες. Επίσης δεν είναι δυνατόν να καλύψει τις ελλείψεις όλων των μαθητών. Τα προγράμματα αυτά μπορεί να προσφέρουν κάποια βοήθεια σε ορισμένες ηλικίες νοσηλευόμενων παιδιών και απαιτείται για τη συμπλήρωσή τους, μελέτη μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.

Το ιδανικότερο θα ήταν η παρακολούθηση μαθημάτων από τα παιδιά μέσα στο χώρο του νοσοκομείου που να γίνεται από ειδικούς δασκάλους. Η ιδέα της σχολικής εκπαίδευσης στο νοσοκομείο γεννήθηκε στη Γαλλία το 19<sup>ο</sup> αιώνα, χάρη στην ιδιωτική πρωτοβουλία ειδικευμένων κέντρων για προβληματικά παιδιά, ή παιδιά που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης. Το νοσοκομείο της Τουλούζης στη Γαλλία διαθέτει ένα από τα παλιότερα σχολεία που ιδρύθηκε το 1951. Η δημιουργία ενός τέτοιου προγράμματος προϋποθέτει κονδύλια αρκετά υψηλά για την πρόσληψη δασκάλων, την οργάνωση του σχολείου και τον συνεχή εξοπλισμό του όπως και τα κανονικά σχολεία. Απαλλάσσει όμως το παιδί και τους γονείς από το άγχος των χαμένων μαθημάτων από το σχολείο.

Με την σχολική εκπαίδευση στα πλαίσια της νοσοκομειακής νοσηλείας ασχολούνται επίσης και διάφοροι σύλλογοι από εθελοντές. Στην περίπτωση των νοσηλευόμενων παιδιών το εκπαιδευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο για να διδάξει άρρωστα παιδάκια Λαμβάνοντας πάντα υπόψη τα προβλήματα που δημιουργεί στο κάθε παιδί ξεχωριστά η νοσοκομειακή νοσηλεία από οργανική και ψυχολογική άποψη. Το καλύτερο θα είναι ο δάσκαλος να συμμετέχει στην ομαδική συγκέντρωση όλου του προσωπικού του κάθε τμήματος ώστε να ενημερώνεται για την κατάσταση του κάθε παιδιού.

Είναι εμφανές ότι η επιδίωξη της παρακολούθησης σχολικών μαθημάτων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο χώρο του νοσοκομείου, αποτελεί τον καλύτερο τρόπο ενσωμάτωσης της καθημερινής ζωής του παιδιού μέσα σε εκείνη του νοσοκομείου. Ο δάσκαλος παρέχει στο παιδί πνευματικά ερείσματα κάνοντάς το να αισθάνεται εμπιστοσύνη και στηρίζοντάς το ηθικά. Βοηθά τα παιδιά που έχουν προσβληθεί από σοβαρές αρρώστιες να αντιμετωπίσουν την επανένταξη τους στην κανονική ζωή χωρίς φόβο ότι έχουν μείνει σε πολλά πίσω. Συμβάλλει τέλος και αυτός στην ειδική αντιμετώπιση παιδιών με ανίατες αρρώστιες ενισχύοντάς τους την επιθυμία για ζωή.

## **ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

### **1. Νοσοκομείο ημέρας**

Πρόκειται για μια λύση που προτείνει παραμονή στην κλινική διάρκειας μικρότερης από εκείνη μιας κλασσικής νοσηλείας αλλά μεγαλύτερης από μια απλή επίσκεψη.

Στο νοσοκομείο ημέρας περιθάλπονται οι ασθενείς κατά την διάρκεια της ημέρας ενώ τη νύχτα επιστρέφουν στα σπίτια τους. Ξεκίνησαν στην αρχή για χειρουργικά περιστατικά καθώς μειώνονταν η πιθανότητα μετεγχειρητικών λοιμώξεων. Αργότερα επεκτάθηκαν για τα ψυχιατρικά περιστατικά. Πολύ γρήγορα οι παιδίατροι που περιέθαλλαν παιδιά με ασθένειες του αίματος κατάλαβαν την σπουδαιότητα των νοσοκομείων ημέρας.

Στα νοσοκομεία ημέρας δίνεται η δυνατότητα να συγκεντρωθούν όλες οι αποκτούμενες εξετάσεις στο μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα, και αποφεύγονται οι αγωνιώδης νύχτες μακριά από το οικογενειακό περιβάλλον. Έτσι το παιδί αποφεύγει τα προβλήματα ανησυχίας, αϋπνίες, νευρικότητας που παρουσιάζονται κατά τη νύχτα. Αποφεύγονται ο ιδρυματισμός, η πλήξη, η αδιαφορία, η παθητική στάση. Δεν αποκόπτεται το παιδί από την οικογένεια, ενώ η οικογένεια απαλλάσσεται από προβλήματα που δημιουργεί η νοσηλεία, όπως οικονομικά προβλήματα, παραμέληση άλλων παιδιών της, κοινωνικά προβλήματα. Η λειτουργία των νοσοκομείων ημέρας είναι πολύ οικονομικότερη από τη λειτουργία των άλλων νοσοκομείων, γιατί μειώνεται η δαπάνη της παραμονής επί 24ώρου βάσεως. Το προσωπικό όμως πρέπει να εργάζεται εντατικά και να υπακούει στην αυστηρή οργάνωση του νοσοκομείου. Τα ιατρικά, ψυχολογικά και κοινωνικά οφέλη είναι πολύ σημαντικά και δικαιολογούν την ανάπτυξη του νοσοκομείου ημέρας στις περισσότερες χώρες. Πόσο μάλλον στο επίπεδο των παιδιατρικών νοσοκομείων που φιλοξενούν τόσο εύθραυστους ασθενείς.

### **2. Κατ' οίκον νοσηλεία**

Η κατ' οίκον νοσηλεία αποβλέπει καταρχήν στη συντόμευση, ακόμα και αποφυγή της νοσηλείας στο νοσοκομείο προσφέροντας στο παιδί, μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, την ιατρική παρακολούθηση που θα του παρείχε το νοσοκομείο. Σε δεύτερο πλάνο, η κατ' οίκον νοσηλεία

καταβάλλει προσπάθεια να αποφύγει διαδοχικές εισαγωγές στο νοσοκομείο, εξασφαλίζοντας άγρυπνη ιατρική και κοινωνική προστασία ατόμων που ζουν κάτω από δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης και αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες γλωσσικής επικοινωνίας.

Για πρώτη φορά το 18ο αιώνα κατανοήθηκε η ανάγκη μιας τέτοιας περίθαλψης. Μόλις όμως το 1947 πραγματοποιήθηκε η ιδέα της κατ' οίκον νοσηλείας για τους ενήλικες στη Νέα Υόρκη. Η πρωτοβουλία αυτή γνώρισε μεγάλη επιτυχία και επεκτάθηκε σε πολλά νοσοκομεία της Αμερικής. Στην παιδιατρική η κατ' οίκον νοσηλεία εφαρμόστηκε το 1954 στην Αγγλία. Ο σκοπός τους ήταν να αποφύγουν τον αποχωρισμό του άρρωστου παιδιού από τη μητέρα του κυρίως, εξασφαλίζοντας συγχρόνως στο παιδί την ποιότητα των φροντίδων που θα είχε στο νοσοκομείο.

Απαραίτητη προϋπόθεση της κατ' οίκον νοσηλείας είναι η δημιουργία σώματος νοσοκόμων ή επισκεπτών υγείας που να είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα των παιδιών στο σπίτι και για την εκπαίδευση των οικογενειών έτσι ώστε να μπορούν να προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα στα παιδιά και να προστατεύουν το περιβάλλον τους αν το παιδί πάσχει από μια μεταδοτική ασθένεια.

Τα πλεονεκτήματα της κατ' οίκον νοσηλείας είναι τα εξής :

- I. Οι συνθήκες θεραπείας είναι πιο ανθρώπινες
- II. το παιδί δεν αποχωρίζεται το οικείο περιβάλλον με αποτέλεσμα τη μείωση ψυχολογικών προβλημάτων που συνήθως παρουσιάζονται στο νοσοκομείο
- III. τα νοσοκομεία έχουν λιγότερους ασθενείς
- IV. υπάρχει μείωση των εξόδων γιατί τα ημερήσια έξοδα νοσηλείας στο σπίτι είναι τρεις έως τέσσερις φορές χαμηλότερα από τα αντίστοιχα μιας ημέρας στο νοσοκομείο.

Η κατ' οίκον νοσηλεία ενδείκνυται κυρίως σε δυο ομάδες ασθενών :

- I. Στα παιδιά που έχουν προσβληθεί από χρόνιες παθήσεις και έχουν ανάγκη από συνεχή παρακολούθηση και φροντίδες. Η κατηγορία αυτή των παιδιών αντιμετωπίζει πολλά ψυχολογικά προβλήματα κατά την διάρκεια νοσηλείας είναι πολύ μεγάλη.
- II. Στα παιδιά των οποίων οι περιβαλλοντικές συνθήκες έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της ασθένειας π. χ. παθήσεις πεπτικού και αναπνευστικού συστήματος, σε παιδιά που προέρχονται από δυσμενές κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Αυτά τα παιδιά όταν επιστρέψουν μετά τη νοσηλεία στο οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να υποτροπιάσουν και αυτό συνεπάγεται επανειλημμένες εισαγωγές στο νοσοκομείο με όλες τους τις επιπτώσεις.

Η κατ' οίκον νοσηλεία σε ορισμένες περιπτώσεις επιτρέπει την

εκμάθηση των αρχών υγιεινής από τους νοσοκόμους που επισκέπτονται το σπίτι καθώς και την παροχή μιας αποτελεσματικής ιατρικής και κοινωνικής βοήθειας με ψυχολογική υποστήριξη.

### **ΜΟΝΑΔΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

Η μονάδα αυτή λειτουργεί σε ημερήσια βάση και η λειτουργία της είναι από τις 8 π. μ. – 8 μ. μ. και μετά παύει να λειτουργεί. Το πλεονέκτημα της μονάδας βραχείας νοσηλείας στο ψυχολογικό τομέα έγκειται στο ότι η ψυχολογική επιβάρυνση του ασθενούς από το Νοσοκομειακό περιβάλλον είναι πολύ μικρότερη. Ο ασθενής παραμένει λιγότερο χρονικό διάστημα μέσα στο νοσοκομείο και μάλιστα σε θάλαμο που και οι υπόλοιποι ασθενείς δεν έχουν σοβαρές ασθένειες. Αυτό παίζει σημαντικό ρόλο στα παιδιά τα οποία επηρεάζονται ψυχολογικά όταν βρίσκονται σε κοινό θάλαμο με πολλούς ασθενείς που κατά κανόνα έχουν σοβαρές ασθένειες υπάγεται και ΜΟΜΗΝΟ (Μονάδες μιας ημέρας νοσηλείας (Μ.Ο.Μ.Η.Ν.)).

Η ΜΟ.Μ.Η.Ν δέχεται προγραμματισμένους ασθενείς των οποίων η πάθηση απαιτεί ολιγόωρη νοσηλεία συμπεριλαμβανομένων και μικρών χειρουργικών επεμβάσεων με χορήγηση ελαφριάς γενικής αναισθησίας.

Το ότι ο άρρωστος έρχεται προγραμματισμένος παίζει πολύ σημαντικό ρόλο καθώς το παιδί έχει την ευκαιρία να ενημερωθεί και να προετοιμαστεί ψυχολογικά. Έτσι δε θα παρουσιάσει τα ψυχολογικά προβλήματα των παιδιών που εισάγονται κανονικά στις παιδιατρικές κλινικές. Επίσης η παρουσίαση ψυχολογικών προβλημάτων στα νοσηλεύόμενα παιδιά σε σχέση με αυτά των παιδιών που νοσηλεύονται σε ΜΟ.Μ.Η.Ν πάσχουν από ελαφρές ασθένειες κάτι που δεν επιβαρύνει το ψυχολογικό τομέα σημαντικά.

### **Στατιστική των 5μηνών της Μ.Β.Ν του Νοσοκομείου Παίδων**

#### **"Αγλαία Κυριακού".**

Η λειτουργία της Μ.Β.Ν άρχισε το Νοέμβριο του 1984 και μέσα σε 5 μήνες νοσηλεύτηκαν 1.100 παιδιά. Οι κυριότερες παθήσεις που παρατηρήθηκαν είναι:

α) Λαρυγγίτιδες = 170

β) Φαρμακευτικές δηλητηριάσεις = 118

γ) Γαστρεντερίτιδες = 107

ε) Βρογχίτιδες = 67

στ) Έλεγχος ουροποιητικού = 65

ζ) Κοιλιακά άλγη = 60

η) Αλλεργικά εξανθήματα = 56

Όλα τα υπόλοιπα παιδιά που νοσηλεύτηκαν είχανε διάφορες παθήσεις σε μικρότερο ποσοστό από τις παραπάνω.

## **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ**

Η νοσοκομειακή νοσηλεία ενός παιδιού θεωρείται σήμερα συνηθισμένο γεγονός, σε σημείο να ξεχνάμε πολλές φορές την ψυχολογική του σημασία και τις επιπτώσεις που έχει για την ενότητα της οικογενειακής μονάδας. Για τους γονείς όμως αποτελεί πηγή αγωνίας και κάποιου συναισθήματος ενοχής. Η αγωνία των γονέων σχετικά με τη νοσηλεία του παιδιού τους γίνεται πηγή επιθετικότητας που συχνά αντιμετωπίζεται δύσκολα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτή η επιθετικότητα, ωστόσο, δεν είναι παθολογική. Είναι ένα ένστικτο που συμβάλλει, όπως όλα τα άλλα, στη διατήρηση της ζωής και του είδους. Ο φόβος του νοσοκομείου, είναι ο φόβος του άγνωστου, του κλειστού χώρου στον οποίο μπαίνεις για να μετατραπείς σ' ένα νούμερο, επίσης στο νοσοκομείο, δεν σου λέει κανείς τίποτα, σου κρύβουν πάντα την αλήθεια, δεν μπορείς να ξέρεις τίποτα: "95% των ασθενών λυπούνται για την έλλειψη ανθρώπινης επαφής μεταξύ αρρώστου και γιατρού". Οι νοσοκόμες γίνονται πιο πολύ στόχος επίθεσης από τους γονείς, τις ενοχλούν διαρκώς στο έργο τους και τις καλούν να απαντήσουν σε ερωτήσεις ιατρικής φύσεως ακόμα και για να συγκρίνουν τις απαντήσεις με κείνες του γιατρού. Η παραμικρή διαφορά στους όρους που χρησιμοποιούνται αποτελεί το έναυσμα επιθετικής συμπεριφοράς. Δύσκολο επίσης καθήκον για τις νοσοκόμες είναι το να βγάλουν από το δωμάτιο του παιδιού τους γονείς κατά τη διάρκεια των επώδυνων φροντίδων ή αιμοληψίας. Οι γονείς θέλουν να μένουν δίπλα στο παιδί τους, για να αισθάνεται, όπως πιστεύουν ασφαλές. Δεν είναι σπάνιο να ακούσει κανείς γονείς που κατηγορούν: "κάνετε τέσσερις απόπειρες για να του πάρετε αίμα, αυτό δεν είναι σφαγή" ή ακόμα σχετικά με την τοποθέτηση ορού στο κρανίο: "είναι απάνθρωπο να τσιμπάτε τις φλέβες του εγκεφάλου".

Όταν μέσα σ' ένα δωμάτιο καιροφυλακτούν επιθετικοί γονείς, έτοιμοι να



παγιδεύσουν οποιοδήποτε μέλος της ιατρικής ομάδας μπει μέσα, έτοιμοι να κάνουν τη μια ερώτηση πάνω στην άλλη, τη μια απειλή πίσω απ' την άλλη να εκτοξεύσουν ύβρεις και λοιδορίες. Με αποτέλεσμα, αυτή η επιθετικότητα μπορεί να αποβεί ολέθρια για την υγεία των παιδιών. Επίσης η επιθετικότητα που εκδηλώνεται από τους γονείς προέρχεται σε πολύ μεγάλο μέρος από την αγωνία που προκαλεί η εισαγωγή του παιδιού τους στο νοσοκομείο.

Η έλλειψη εμπιστοσύνης ενισχύουν τη φυσική προδιάθεση επιθετικότητας, η οποία επιτείνεται διαρκώς από τις αφηγήσεις "σκανδάλων" που περιγράφονται από τον τύπο. Ανεπαρκώς πληροφορημένος και έχοντας ως μοναδικό σκοπό να παρουσιάζει στην πρώτη σελίδα έναν πομπώδη τίτλο, έχει την τάση να μεγαλοποιεί κάποια διαμαρτυρία ως προς την ιατρική ευθύνη.

Εκτός από τα προβλήματα συμπεριφοράς που δημιουργούνται μέσα στο νοσοκομείο από τους γονείς, η παρουσία της μητέρας δίνει περισσότερα ερεθίσματα στο παιδί, το κάνει να αισθάνεται πιο ευτυχισμένο και να έχει καλύτερη άμυνα ενάντια στην αρρώστια. Οι πολύ συχνές κατά τη διάρκεια της ημέρας φροντίδες που έχουν σχέση με την υγιεινή και τη διατροφή του παιδιού μπορούν να γίνονται από τη μητέρα. Όσον αφορά στη μείωση της διάρκειας νοσηλείας γίνεται κατανοητή από το γεγονός ότι η μητέρα, έχοντας παρακολουθήσει σε πρακτικό επίπεδο τις φροντίδες που παρέχονται, μπορεί σε λίγο χρονικό διάστημα να συμμετέχει σ' αυτές και να τις συνεχίσει στο σπίτι χωρίς καμιά διακοπή.

Η παραμονή της μητέρας δίπλα στο παιδί της αποτελεί μια θαυμάσια εμπειρία για τη μητέρα, αισθάνεται ότι συμβάλλει στις παρεχόμενες φροντίδες, είναι συνυπεύθυνη για τη θεραπεία και δεν θέτει σε κίνδυνο την εμπιστοσύνη που της έχει το παιδί.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>** **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Η παιδιατρική Νοσηλευτική είναι απαραίτητο μέρος της όλης βασικής Νοσηλευτικής. Η μεταβατική εκπαίδευση θεωρείται απαραίτητη για όσες Αδελφές επιθυμούν να ειδικευτούν στη νοσηλεία των παιδιών.

Βασική αρχή είναι η καλή συνεργασία όλων όσων ασχολούνται με το παιδί και η συνειδητοποίηση ότι το παιδί είναι ένα ξεχωριστό άτομο με δική του προσωπικότητα και μηχανισμούς άμυνας. Η αρχή αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία να παραμένει ζωντανή με καθημερινή προσπάθεια, γιατί δεν αρχίζουμε κάτι με ζέση κι ύστερα συν τω χρόνω να το εγκαταλείπουμε στην τύχη του. Εδώ ο ρόλος της Αδελφής είναι καθοριστικός. Γι αυτό χρειάζεται αφενός μεν να έχει αυτογνωσία και αφετέρου να γίνει ικανή να αναγνωρίζει και να ερμηνεύει τη στάση και τη συμπεριφορά των άρρωστων παιδιών. Για να το πετύχει πρέπει να οπλιστεί θεωρητικά και πρακτικά.

Οι θεωρητικές της γνώσεις αφορούν κυρίως τα εξής:

1. Την αύξηση και ανάπτυξη του παιδιού από την εμβρυϊκή ζωή μέχρι τέλους της εφηβείας.
2. Τους γενετικούς παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξή του.
3. Τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που είναι καθοριστικοί για το παρόν και το μέλλον του.
4. Την υγεία και τις ασθένειές του.
5. Συνειδητοποίηση ότι η έννοια "υγείας" δεν είναι μια απουσία νόσου αλλά η πλήρη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία, που για να επιτευχθεί απαιτείται πλήρης συνεργασία των ατόμων που ασχολούνται με την υγεία και ειδικά εκείνων που ασχολούνται με τα παιδιά.

Η νοσηλευτική Παιδιατρική διδάσκει και απαιτεί από την Αδερφή να έχει λεπτότητα και να αποκτήσει ορισμένες Νοσηλευτικές δεξιότητες. Μερικές από τις Νοσηλευτικές μεθόδους γίνονται συχνότερα από μια Αδελφή Παίδων παρά από την Αδελφή που ασχολείται με ενήλικες. Η Αδελφή πρέπει να αποκτήσει μια τέλεια γνώση για την πολύπλοκη λειτουργία των συστημάτων του παιδικού οργανισμού, ενός οργανισμού που βρίσκεται σε συνεχή μεταβολή. Γι αυτό η ηλικία του παιδιού είναι σημαντικότερο στοιχείο καθοριστικό για την συμπεριφορά μας απέναντι του

Η ασθένεια είναι μια τραυματική εμπειρία για όλους πόσο μάλλον για το παιδί. Το μέγεθος αυτής της τραυματικής εμπειρίας εξαρτάται από τη φάση του κύκλου αναπτύξεως. Για παράδειγμα ένα κάταγμα σιαγόνας για ένα βρέφος που βρίσκεται στη στοματική φάση είναι περισσότερο τραυματικό από ότι για ένα πεντάχρονο παιδί που έχει περάσει τη φάση αυτή. Ενώ μια νοσηλεία όπως είναι η ένεση, είναι περισσότερο τραυματική σε ένα πεντάχρονο παιδί, από ότι είναι σε ένα βρέφος κάτω του έτους, που δεν γνωρίζει ακόμη το σώμα του. Ο χωρισμός από την οικογενειακή εστία προξενεί αγωνία και άγχος σε κάθε ασθενή. Το άγχος πολλαπλασιάζεται στο παιδί που εκτός από την αρρώστια του πρέπει, για πρώτη ίσως φορά, να αντιμετωπίσει ένα εντελώς ξένο περιβάλλον.

Τα βρέφη και τα νήπια φοβούνται τα ξένα άτομα που τα πλησιάζουν. Γνωρίζοντας αυτό η Αδελφή δεν πρέπει να κάνει το λάθος να αποσπάσει απότομα το μωρό από την αγκαλιά της μητέρας. Το άρρωστο παιδί της σχολικής ηλικίας αισθάνεται διαφορετικά. Είναι περισσότερο ο εαυτός του. Γνωρίζει το σώμα του. Φοβάται μην το πονέσουν. Ξέρει τα δικαιώματά του ζητά εξηγήσεις για το καθετί και το επίκεντρο των φόβων του είναι η θεραπεία του και τι θα του συμβεί.

Για κάθε μικρό ασθενή έχει τεράστια σημασία η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί του. Η μη σωστή συμπεριφορά μπορεί να έχει άμεση επίπτωση (π.χ. επιθετικότητα) \κλάμα κ.λ.π.πλ.) η έμμεση, η οποία εσωτερικεύεται και αργότερα μεγαλώνοντας το παιδί μπορεί να εμφανίσει ψυχολογικά προβλήματα.

Αρα συμπεραίνουμε ότι η αδελφή πρέπει πιστά να ακολουθεί την αρχή: "Προγραμματισμός της νοσηλείας ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες του παιδιού" π.χ. δεν πρέπει να αφήνει το βρέφος να κλαίει πολλές ώρες χωρίς να προσπαθεί να το ανακουφίσει. Το αγκάλιασμα, το νανούρισμα, οι λεπτοί χειρισμοί, η κουβεντούλα την ώρα του μπάνιου ή του ταΐσματος, όλα είναι ουσιώδη στο να μη νοιώσει το μωρό εγκατάλειψη και μοναξιά.

Τα πρόωρα αποτελούν μια ιδιαίτερη ειδικότητα. Τα λοιμώδη νοσήματα παρουσιάζουν ιδιαίτερη έκταση στην παιδική ηλικία. Επίσης άλλα νοσήματα κοινά για όλες τις ηλικίες παρουσιάζουν σοβαρότερη εικόνα στα παιδιά. Όλα αυτά δημιουργούν ιδιαίτερη την ανάγκη νοσηλεύοντας ένα παιδί να εργάζεται η Αδελφή με την πιο μεγάλη νοσηλευτική ακρίβεια που μπορεί να διαθέτει.

Στην περίθαλψη του νηπίου και παιδιού προσχολικής ηλικίας πρέπει να κυριαρχεί η αίσθηση της εμπιστοσύνης. Χρειάζεται συνεχώς να του επεξηγούμε τους περιορισμούς που του επιβάλλουμε εξαιτίας της Νοσηλείας του αλλά και να του επιτρέπουμε να αναλάβει κάποια υπευθυνότητα για την φροντίδα του ώστε να αισθάνεται ότι είναι χρήσιμο.

Στο παιδί της σχολικής ηλικίας, που έχει μεγαλύτερες διανοητικές

ικανότητες, πρέπει να το προετοιμάζουμε με έναν ειλικρινή και ξεκάθαρο τρόπο για τις νοσηλευτικές εμπειρίες που πρόκειται να έχει. Ο έφηβος απογοητεύεται εύκολα από το περιορισμένο νοσοκομειακό περιβάλλον. Η συναισθηματική του αστάθεια που μπορεί να είναι έκδηλη θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με κατανόηση και όχι με αποθάρρυνση.

Επίσης η συμβολή της Αδελφής για να βοηθήσει το παιδί να προσαρμοστεί στην νέα του κατάσταση είναι πολύ σημαντική και επιτυγχάνεται με τη σωστή 1) προετοιμασία, 2) ενημέρωση, 3) προτρέπει το παιδί να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία της αρρώστιας του και 4) υποστήριξη τόσο στο παιδί όσο και στους γονείς του. Τι δουλειά κάνουν τα διάφορα μηχανήματα και κυρίως τονίζουμε την χρησιμότητά του για την πορεία της θεραπείας των παιδιών τους. Τονίζουμε επίσης τις τυχόν επιπτώσεις που θα παρουσιαστούν εάν δεν θέλει να αρχίσει τη θεραπεία του το παιδί. Διότι οι επιπτώσεις που έχουμε από την έλλειψη επικοινωνίας και σωστής ενημέρωσης, προσποίηση σιωπής ή μυστικότητας με τη φαντασία του δίνει ερμηνείες που είναι συχνά εφιαλτικότερες και από την ίδια την πραγματικότητα.

Στα παιδιά με χρόνιες αρρώστιες που παρουσιάζουν διάφορους μηχανισμούς άμυνας, η Αδελφή θα τα βοηθήσει σιγά-σιγά να προσαρμοστούν και να δεχθούν την αρρώστια τους. Από πρακτικής άποψης ποιες αρχές πρέπει να ακολουθούν οι αδελφές:

### **1. Το φυσικό περιβάλλον**

Καθώς μπαίνει για πρώτη φορά στην Παιδιατρική Νοσηλευτική μονάδα μπορεί να τρομάξει αν μοιάζει με μια νοσηλευτική μονάδα ενηλίκων. Ενώ χρωματισμένοι και ζωγραφισμένοι τοίχοι, παιχνίδια απομακρύνουν το φόβο του. Τα αντικείμενα του χώρου πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στο μικρό μέγεθος των παιδιών και στις τυχόν μειωμένες σωματικές τους ικανότητες. Μια φυσιολογική ανάγκη για τα παιδιά είναι το αίσθημα της ιδιοκτησίας.

### **2. Προετοιμασία για παραμονή στο νοσοκομείο**

Μια απλή εξήγηση πρέπει να δίδεται στο παιδί από το σπίτι του. Οι τυχόν παραλείψεις ή λάθη πρέπει να συμπληρώνονται ή να διορθώνονται από την Αδελφή στα εξωτερικά ιατρεία.

### **3. Εισαγωγή του παιδιού στο τμήμα**

Η αδελφή είναι το κλειδί για να υπάρξει. Μια θετική αντιμετώπιση των γονέων και του παιδιού απέναντι στο Νοσοκομειακό περιβάλλον.

#### **4. Προσανατολισμός του παιδιού στη νοσηλευτική**

Μια καλή αρχή είναι:

α) Να αυτοσυστηθεί η αδελφή.

β) Να ρωτήσει το χαϊδευτικό όνομα του παιδιού, και να το συστήσει στα άλλα παιδιά.

γ) Να ρωτήσει για τους φόβους του αν είχε στο παρελθόν άλλες νοσοκομειακές εμπειρίες. Να πληροφορηθεί από τους γονείς για τις συνήθειες του παιδιού και κάθε στοιχείο που θα ήταν χρήσιμο για τον καλύτερο προγραμματισμό της νοσηλείας του. Το να δείξει η Αδελφή αυτό το ενδιαφέρον θα έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της ανησυχίας των γονέων, η οποία, όπως είναι φυσικό, μεταδίδεται και στο παιδί.

#### **5. Είδος φροντίδας**

Είναι απαραίτητο να έχει η αδελφή τεχνική επιδεξιότητα, λεπτό χειρισμό, αλλά και ευγένεια και σταθερότητα εμπνεύσει στο παιδί εμπιστοσύνη. Γιατί μόνον έτσι αισθάνεται το παιδί άνεση και ασφάλεια. Με την αίσθηση της ευθύνης πρέπει να ικανοποιούνται οι ατομικές ανάγκες του κάθε παιδιού, όπως είναι η καθαριότητά του, η θρέψη του, η κατάλληλη θέση και ζεστασιά του κ.λ.π. Εφόσον τα βρέφη δεν μπορούν να μιλούν και τα μικρά παιδιά έχουν περιορισμένη προφορική επικοινωνία και εφόσον τα μεγαλύτερα παιδιά σπάνια παραπονιούνται όπως οι μεγάλοι, θα πρέπει η αδελφή συχνά να επισκέπτεται τους θαλάμους και να παρατηρεί με προσοχή την σιωπηρή επικοινωνία τους. Η θέση και η στάση ενός μικρού παιδιού, η έκφραση του προσώπου του, οι κινήσεις του έχουν τη σπουδαιότητά τους, ακριβώς όπως και η ποιότητα του σφυγμού, το χρώμα ή η δύσπνοια του.

#### **6. Ανάγκη για προσοχή**

Όλα τα παιδιά έχουν ανάγκη της προσοχής μας. Όσο απασχολημένη και αν είναι μία αδελφή πρέπει να πλησιάσει το παιδί και να του δείξει πως το προσέχει και το αγαπά. Καθώς φροντίζουμε όλα τα παιδιά, πρέπει να τα μιλάμε. Καμία φορά βέβαια, περισσότερο κι από λόγια ένα χαμόγελο μπορεί να πει πολλά. Δίνοντας η αδελφή στο παιδί ένα παιχνίδι ή ανοίγοντας την πόρτα του δωματίου για να πει ένα "γεια σου Γιαννάκη", δείχνει την αναγνώριση και την αγάπη της προς το παιδί.

## **7. Βασικές αρχές τεχνικής για την προσέγγιση των παιδιών**

Στις επαφές της με τα παιδιά η αδελφή οφείλει να εφαρμόζει μερικές αρχές:

- α) Να μεταχειρίζεται το παιδί με σεβασμό, ευγένεια και στοργή.
- β) Να έχει χιούμορ, να γελά μαζί του αλλά όχι να το κοροϊδεύει.
- γ) Να αποφεύγει τις διαταγές. Η κουβέντα μαζί του να είναι θετική. Π.χ. «είναι ώρα για ύπνο», αλλά όχι «κοιμήσου». «Είναι ώρα να μαζέψεις τα παιχνίδια σου» αλλά όχι «μάζεψε τα παιχνίδια σου».
- δ) Να αναμένει υπακοή από το παιδί. Γενικά οι άνθρωποι τείνουν να ανταποκρίνονται σε όσα αναμένονται από αυτούς.
- ε) Να αποφεύγει τις συζητήσεις μπροστά στο παιδί για την κατάσταση του. Το αναστατώνουν και το ανησυχούν.
- ζ) Να επιδοκιμάζει το καθετί που κάνει καλά το παιδί. Ποτέ μην κάνεις ζήτημα τις αποτυχίες του.

### **Διδασκαλία γονέων**

Η ενημέρωση των γονέων πάνω στην ασθένεια του παιδιού τους παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάρρωσή του. Γι' αυτό Θα πρέπει να αφιερώνεται χρόνος για την διδασκαλία τους αλλά όχι μόνο από την αδελφή. Και η Δ/ση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου πρέπει να βάλει σαν ένα από τους κυριότερους στόχους της την διδασκαλία π.χ. προγραμματισμένα μαθήματα, ενημερωτικά φυλλάδια, γραπτές πληροφορίες, όλα θα βοηθήσουν τους γονείς να αντιμετωπίσουν σωστά το παιδί τους στη μεταβατική φάση μετά την έξοδο του από το Νοσοκομείο.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Η αδελφή εργαζόμενη σε Νοσοκομείο, κέντρο Υγείας, κατασκήνωση,

ιατρείο ή παιδικό σταθμό, στην ύπαιθρο ή τη μεγαλούπολη έχει χρέος και υψηλή αποστολή να διδάσκει με το παράδειγμα και τα λόγια της το τρίπτυχο της Νοσηλευτικής Παιδαγωγικής:

1. Σεβασμός και προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού.
2. Μέριμνα για την εκπλήρωση των βιοψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών του παιδιού και,
3. Πίστη στην ανεκτίμητη αξία του παιδιού.

## **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ , ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Οι σημερινοί κλινικοί ψυχολόγοι και ψυχίατροι έχουν δώσει λίγη προσοχή στην ανάπτυξη της κλινικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο, παρά την ανάπτυξη υψηλού επιπέδου αναγκών. Για να αναπτυχθεί αυτή θα πρέπει να ξεπεραστούν τα θεωρητικά και πρακτικά μακροχρόνια εμπόδια μαζί με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και η φανερή προσπάθεια των ψυχολόγων και των ψυχιάτρων.

Θα πρέπει να δοθεί έμφαση με μια προφυλακτική επίσκεψη και ψυχολογική φροντίδα εξαρτάται από τη διδασκαλία και την επίβλεψη από τους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους και την έμφαση στην βασική εμπειρία της ψυχολογικής κατάστασης, στην ψυχολογική φροντίδα και στην συμβουλή. Η εφαρμογή αυτής της πρακτικής στην καθημερινή ρουτίνα είναι απαραίτητη στην ψυχολογική φροντίδα και είναι σταθερή εφαρμογή για όλες τις σοβαρές αρρώστιες και στους τραυματισμούς.

Μερικοί ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι από τους πολλούς ψυχολόγους, αυτοί που έχουν άμεση ανάμιξη με το γενικό νοσοκομείο δεν κάνουν τίποτε άλλο από ένα συνεχή υπερβολικό πειραματισμό. Βεβαίως το πιο σπουδαίο από τα διακρινόμενα καθήκοντα μαζί με την αναγνώριση της αδράνειας, της έναρξης της προσπάθειας μπορεί να ασκεί ένα μετριασμένο σε ένταση αποτέλεσμα μέχρι το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό να αναγνωρίσει την επικρατούσα ψυχολογική κατάσταση.

Κάποια μεγάλη προσπάθεια περί της μείωσης της ψυχολογικής στεναχώριας ανάμεσα σε πελάτες των νοσοκομείων είναι να υπάρχει επαρκής αριθμός προσωπικού έτσι που να μπορεί να προσφέρει φροντίδα και να έρχεται σε επαφή πρόσωπο με πρόσωπο σε σχέση με τον μεγάλο αριθμό των ασθενών.

Ακόμη θα πρέπει το προσωπικό να εκπαιδεύεται έτσι που να μπορεί να προσφέρει την ψυχολογική φροντίδα στους ασθενείς που την χρειάζονται.

## **Ποιο προσωπικό πρέπει να εκπαιδεύεται ;**

Υπάρχουν δύο υποθέσεις οποίες έχουν μεγάλη σημασία στην διάρκεια της ειδικής εκπαίδευσης του προσωπικού.

1. Στα Παιδιατρικά νοσοκομεία πρέπει να δίνεται έμφαση προφυλακτική στην φροντίδα, και έτσι απαιτείται γενική και συνεπής εφαρμογή. Από την άλλη μεριά η φροντίδα πρέπει να είναι μέρος της καθημερινής προσοχής που δίνεται στους σοβαρά αρρώστους και τους τραυματίες και έτσι, το πιο κατάλληλο προσωπικό για να εκπαιδευθεί θα είναι εκείνο με την μεγαλύτερη και σημαντικότερη επαφή με τον ασθενή. Έτσι το νοσηλευτικό προσωπικό, μαζί με τα άλλα παραϊατρικά επαγγέλματα (ακτινολόγους, φυσιοθεραπευτές κ.λ.π.) είναι το καταλληλότερο να παρέχει τέτοια φροντίδα. Ο αριθμός τους και ο χαρακτήρας του ρόλου τους είναι τέτοιος ώστε η επέκταση του ρόλου να συμπεριλαμβάνει ευθύνες στην ψυχολογική φροντίδα.

2. Αντίθετα υπάρχει μεγάλη ανάγκη να βελτιωθούν οι μη προσωπικές εμπειρίες και η ψυχολογική αντίληψη των νοσοκομειακών γιατρών, πρέπει να εκτείνουν το ρόλο τους να συμπεριλαμβάνει άμεση ψυχολογική φροντίδα.

Ο Hornser (1981) επεξηγεί μη προσωπικές συνισταμένες μεταξύ του σοβαρού αρρώστου και εκείνης της παρουσίας της ιατρικής ευθύνης για αυτούς μπορεί να παρουσιάσουν μεγάλες δυσκολίες στην περίοδο του χασίματος της αντικειμενικότητας και στην συναισθηματική καταπόνηση.

Το πρόβλημα είναι ότι η εκπαίδευση στην ψυχολογική φροντίδα σκοπεύει να προάγει μια ειλικρίνεια και ευαισθησία στο στρες του σοβαρά τραυματισμένου και μπορεί να αποδείξει ανταγωνισμό των ψυχολογικών αμυντικών συστημάτων τα οποία προστατεύει το νοσοκομειακό προσωπικό στο ρόλο του.

Το βασικό χαρακτηριστικό του σχεδίου είναι η χρήση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού ως "στην πρώτη γραμμή" ψυχολογικούς εργατές, με τους κλινικούς ψυχολόγους και ψυχιάτρους να παρέχουν την διδασκαλία και έτσι να μοιράζεται τη θεραπεία με την ψυχολογική φροντίδα.

Ψυχολογική βοήθεια συνεπάγεται άμεσο δόσιμο βοήθειας και εξακολούθως στηρίζει τους ασθενείς σύμφωνα με την αντίδραση στη σοβαρή αρρώστια ή στο τραύμα. Αυτός ο ρόλος είναι επιχείρηση με δύο ηθικούς εξοπλισμούς στο νου. Πρώτα, είναι σκόπιμο

Όσο μία προσφορά ρουτίνας στον σοβαρά ασθενή και έτσι μια άποψη,



μολονότι υψηλή προτεραιότητα, συνίσταται σε καθημερινή πράξη και όχι σε πολυτέλεια όταν το επιτρέπει ο χρόνος.

Δεύτερον, η έμφαση στη ρουτίνα προφυλαχτική φροντίδα είναι σκοπός της μείωσης της επίδρασης των γνωστών ανησυχιών που επιβάλλονται από την νοσηλεία τόσο καλά όσο να αντιμετωπίσει ο ασθενής από μόνος του το στρες. Επομένως η ιατρική πρέπει να έχει πρωταρχικό σκοπό να παρέχει ισορροπημένη θεραπεία, η οποία κατά ανάγκη συμπεριλαμβάνει μορφωτικό και ψυχολογικό αντικειμενικό σκοπό.

## **ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΑ ΔΙΔΑΣΚΕΙΣ**

Η εμφάνιση ενός σχήματος για διδασκαλία ψυχολογικής φροντίδας βρήκαμε ότι οι νοσηλευτές είναι χρήσιμο να έχουν το ρόλο του αναλυτή μέσα στο ευδιάκριτο συστατικό. Μολονότι γίνεται αναφορά όλο αυτό το διάστημα στους νοσηλευτές όλα αυτά πρέπει να υιοθετηθούν το ίδιο και από το άλλο παραϊατρικό προσωπικό.

Αναγνωρίζονται έξι τομείς :

1. Παρακολούθηση της ψυχολογικής κατάστασης.
2. Παριστάνοντας τις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή
3. Συναισθηματική φροντίδα
4. Φροντίδα πληροφοριών
5. Συμβουλευτική
6. Φροντίδα υποστήριξης και συζήτησης.

### **1. Παρακολούθηση της ψυχολογικής κατάστασης**

Οι νοσηλευτές είναι ευαίσθητοι στο να καταλάβουν ποιοι από τους ανθρώπους παρουσιάζουν άγχος ακόμα και προφορικώς ή με τον τρόπο τους και είναι εμπιστευτικός με την πιθανότητα της διατήρησης της ψυχολογικής ενεργητικότητας υπό της επιτήρησης και την φροντίδα τους. Είναι πολύ ενδιαφέρον να είναι ενήμεροι για την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών κατά τη διάρκεια της αρρώστιας με ερωτήσεις όπως «Πως τα καταφέρνετε; « Υπάρχει νόημα στο διάλογο ή στενοχώρια , ταραχή, θυμός, κατάθλιψη; Αντιλαμβάνονται ρεαλιστικά την κατάσταση; Ποιες είναι οι πραγματικές του

ανησυχίες; Χρειάζονται βοήθεια και καλύτερη πληροφόρηση ή διαπιστώνουν συναισθηματική αντίδραση; Υπάρχει ανάγκη για πρόσθετη ενίσχυση, συντροφιά ή συμβουλές για τα προβλήματα που προκύπτουν από την αρρώστια ή τον τραυματισμό; Η ιδέα για αποδοχή της συνεπαγόμενης ευθύνης είναι κρίσιμη, είναι φυσιολογικό η νοσηλεύτρια που ξοδεύει σημαντικό χρόνο στον ασθενή της και ιδιαίτερα με τα παιδιά που έχουν πολλές ερωτήσεις και πολλά "γιατί;" να γνωρίζει για την κατάσταση του, μολονότι σε μερικές περιπτώσεις και σε θεραπείες

εξωτερικών ασθενών, πρέπει να γίνει ψυχοθεραπεία, θεραπεία του λόγου, ραδιογραφική θεραπεία.

## **2. Παριστάνοντας τις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή**

Αυτός ο δρόμος της φροντίδας εξαρτάται από τη νοσηλεύτρια χρησιμοποιώντας τις αποφάσεις και αποκρινόμενοι στις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή της. Αυτή παίρνει την πρωτοβουλία όχι με συναγωνιστικό τρόπο ο οποίος υπονομεύει την ιατρική εξουσία, αλλά με στυλ συνεργασίας

Είναι φανερό ότι απαραίτητο εξάρτημα της ψυχολογικής επιτήρησης είναι η αναθεώρηση της ερμηνείας του ρόλου με έμφαση στην θετική ενέργεια και στην προσωπική ευθύνη για την λύση των προβλημάτων. Βασικά χρειαζόμαστε νοσηλευτές που να υπερβαίνουν τον παθητικό ρόλο της παράστασης της ψυχολογικής κατάστασης και αντί για αυτό "να κάνει κάτι για αυτό". Οι νοσηλευτές πρέπει να κατευθύνουν φανερά στις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή μόνοι του ή μαζί με το άλλο κατάλληλο προσωπικό.

## **3. Συναισθηματική φροντίδα**

Η εκπαίδευση στην συναισθηματική φροντίδα προλογίζεται από μερικές βασικές ιδέες: α) η συναισθηματική φροντίδα είναι σχετιζόμενη με ευκολίες που καταπραΰνουν τη συναισθηματική λειτουργία και είναι μία άλλη μέθοδος που προσπαθεί να εμποδίσει στρατηγικές που βασίζονται σε απαλή καθησύχηση ή αυτόματη διέξοδο υπό την επήρεια φαρμάκων.

β) Η εργασία της συναισθηματικής φροντίδας συνεπάγεται αποκάλυψη των συναισθημάτων του κάθε ασθενή και ιδιαίτερα των παιδιών την οποία συναισθηματική δραστηριότητα μπορούμε να τη δούμε σαν προϊόν της κατάστασης. Έτσι πρέπει να γίνει ξεκάθαρο στους νοσηλευτές ότι η συναισθηματική αντίδραση για τους ασθενείς τους δεν είναι ελάττωμα τους ούτε κάτι που πρέπει να τους κάνει να νοιώθουν ένοχοι.

γ) Ο σκοπός της συναισθηματικής φροντίδας είναι να δώσουμε "ζωή" στην συναισθηματική απάντηση του ασθενή και έτσι να βοηθήσουμε τον ασθενή κατά την απόφαση και να του δώσουμε μεγάλη ψυχολογική παρηγοριά (άνεση).

## **4. Φροντίδα πληροφοριών**

Η έλλειψη πληροφοριών μαζί με τις ακατάλληλες ή αντιφατικές πληροφορίες γίνεται μια μεγάλη πηγή άγχους και στεναχώριας για πολλούς ανθρώπους στα νοσοκομεία παιδών. Έτσι η μεγαλύτερη

συνεισφορά για τη μείωση του στρες έχει γίνει με την σωστή παροχή πληροφοριών.

Συνεπώς, η φροντίδα πληροφοριών είναι παρεχόμενα από τους νοσηλευτές σαν το πιο βασικό στοιχείο της ψυχολογικής φροντίδας.

Ο αντικειμενικός σκοπός είναι να διατηρείται το επίπεδο πληροφοριών και η αντίληψη των ασθενών σε ένα σημείο στο οποίο να μπορούν οι ασθενείς να έχουν γενικές ρεαλιστικές προσδοκίες για την πορεία των γεγονότων στο άμεσο μέλλον συμπεριλαμβάνοντας διαδικασίες που να χρησιμοποιούν πιθανές εμπειρίες επίπεδα του πόνου και της αναπηρίας πλάγιο αποτέλεσμα της σκέψης των γιατρών με τη θεώρηση των κλινικών προβλημάτων και μια ειλικρινή θεώρηση της πιθανότητας εξόδου. Η σημαντική λέξη εδώ είναι το "διατηρώ" επειδή εκλεκτικά ξεχασμένα άγχη, παρερμηνείες και σύγχυση όλα γρήγορα βγαίνουν στην επιφάνεια από τις μη ολοκληρωμένες και χωρίς ακρίβεια πληροφορίες.

Οι νοσηλευτές έτσι αναλαμβάνουν αυτό το ρόλο ο οποίος συνεπάγεται έλεγχο ρουτίνας, τι ο ασθενής γνωρίζει, και με συνέντευξη είναι βέβαιο ότι οικοδομείται και διατηρείται η ακρίβεια και οι ολοκληρωμένες πληροφορίες.

## **5. Συμβουλευοντας**

Οι νοσηλευτές δεν είναι τόσο αρμόδιοι (δεν είναι καθήκον τους) όσο οι σύμβουλοι αλλά θα προσφέρουν μία αντίληψη του βασικού σκοπού και τις εμπειρίες τους για να πετύχουν μαζί με τους συμβούλους ικανοποιητικές ευκολίες που θα είναι σημαντική συνεισφορά στη φροντίδα.

Δίδεται ακόμα έμφαση στην κινητοποίηση των ασθενών ώστε να χρησιμοποιήσουν τις δικές τους δυνατότητες για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους.

## **6. Φροντίδα υποστήριξης και συζήτησης**

Τα επίπεδα στρες στους νοσηλευτές είναι πολύ υψηλά ειδικά ανάμεσα στους νεότερους νοσηλευτές οι οποίοι έχουν μεγαλύτερη επαφή με τον ασθενή. Οι νοσηλευτές προσέφεραν την άποψη ότι το να αναλάβεις δουλειά χωρίς επαρκή υποστήριξη και προσοχή στην προσωπική φροντίδα είναι ανεύθυνο και χωρίς επαγγελματική συνείδηση.

Ιδεώδες θα είναι να δημιουργηθεί μια υπηρεσία από εκπαιδευόμενους νοσηλευτές οι οποίοι ασχολούνται με το εκπαιδευτικό σχέδιο για το υπάρχον και το νέο προσωπικό. Αυτοί οι νοσηλευτές-σύμβουλοι θα επωμίζονται ευθύνες για την ψυχολογική φροντίδα των

προσωπικών τους ασθενών.

### **Δυσκολίες στην εκπαίδευση των Νοσηλευτών**

Έως ότου οι σχολές δεν διδάσκουν ψυχολογική φροντίδα σε σταθερή βάση οι νοσηλευτές θα στηρίζουν τη δουλειά μόνο στην προηγούμενη εμπειρία τους. Από τώρα έχει αρχίσει να υπάρχει μια μεγάλη κινητικότητα στο επίπεδο της ετοιμασίας για ψυχολογική δουλειά με μερικούς νοσηλευτές.

Υπάρχει επίσης και παρόμοια στο επίπεδο της προσωπικής ανάπτυξης με μερικούς επίσης ανώριμους να τα αντιμετωπίσουν.

Η είσοδος για ανώτερη εκπαίδευση έχει αποδείξει ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα. Παρά την ανώτερη εκπαίδευση των νοσηλευτών είναι μεγάλο βάρος η εφαρμογή της θεωρίας στην πράξη στο τομέα της ψυχολογικής φροντίδας. Θα βοηθούσε πολύ σε αυτό η συγκέντρωση σε ομάδες περίπου πέντε νοσηλευτών και οι συναντήσεις τους στην τάξη για την ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών.

Το σύστημα της βάρδιας, η νυχτερινή βάρδια κ.λ.π. η πίεση της δουλειάς, τα έντονα επεισόδια όλα αυτά επιδρούν.

Αρκετά συχνά η εκπαίδευση έχει μειώσει την ατομική διδασκαλία σε μια Επεισοδιακή βάση, η οποία είναι πολύ εντατική εργασία. Προσθέτοντας σ' αυτό, η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα στο οποίο η ευκινησία είναι το κανονικό.

Ο ενθουσιασμός έχει γίνει υψηλός με τους περισσότερους νοσηλευτές αλλά η εμπιστοσύνη είναι ακόμη χαμηλή. Είναι φανερό ότι η ψυχολογική φροντίδα είναι γεμάτη από απαιτητικές παρεκκλίσεις για πολλά. Αυτό σημαίνει εγκατάλειψη της ασφάλειας και της αυτονομίας που παρέχεται από τα προσανατολισμένα καθήκοντα του παραδοσιακού ρόλου του νοσηλευτή.

Η εμπειρία επιβεβαιώνει την παρατήρηση του Stein (1978 ) ότι οι νοσηλευτές επιτρέπουν μια έννοια με το ρίσκο να κάνουν λάθος και μια συνδεδεμένη ανάγκη να "εκτελούν" κατάλληλα. Το λάθος είναι να περιμένουν μια εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές την οποία δεν κατέχουν αρκικά και έτσι να εκθέτουν αυτούς στο στρες πολύ σύντομα.

### **Δυσκολίες στην εφαρμογή**

Όπου οι νοσηλευτές έχουν αναλάβει την εργασία της ψυχολογικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένου και του ρόλου του συμβούλου, ποτέ δεν υπήρχε σοβαρή αμφιβολία για την ικανότητά τους αλλά υπήρχε ανησυχία. Αυτά συμπεριλάμβαναν προβλήματα της μη κτητικότητας και εδαφικότητας, μια πορεία στην επέμβαση της κατευθυντήριας γραμμής

και της παροχής συμβουλών.

Το πρόβλημα είναι ξανά συνδεδεμένο με το θέμα του φόβου της ανεπάρκειας ακολούθως συγγέουν την στεναχώρια της ομιλίας για τις δυσκολίες και μοιράζοντας τα αισθήματα της ενδιαφέρουσας υπόθεσης σαν μια σημαντική αδυναμία μπροστά στους ομότιμους και στους ψυχολόγους.

Το δεδομένο εδώ είναι ότι η παροχή υποστήριξης είναι ανεπαρκής. Οι νοσηλευτές πρέπει να διδαχθούν τη φύση της υποστήριξης και πως να την χρησιμοποιούν.

## **ΠΑΙΓΝΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ**

Το 1909 μια νηπιαγωγός, η Barbi Luther, οργάνωσε για πρώτη φορά δραστηριότητες για άρρωστα παιδιά σε ένα νοσοκομείο του Ελσίνκι στη Φινλανδία. Την ακολούθησε μια άλλη στο νοσοκομείο παιδών "Πριγκίπισσα Λουίζα" στη Στοκχόλμη.

Παρά το πρώιμο αυτό ξεκίνημα, το παιχνίδι δεν οργανώθηκε στα νοσοκομεία παρά μετά το 1950. Προς το τέλος της δεκαετίας του '50 η Εθνική Διεύθυνση Υγείας ανέλαβε μια έρευνα, ζητώντας στοιχεία από το προσωπικό που φρόντιζε παιδιά στα νοσοκομεία σχετικά με τις ανάγκες τους για ειδική εκπαίδευση. Μετά από το ενδιαφέρον που εκδήλωσαν οργανώθηκε το 1961 ένα σεμινάριο ειδικά γι' αυτούς. Μετά, το 1962 και 1963 το σεμινάριο έγινε τρίμηνη εκπαίδευση. Τέλος, από το 1965 δημιουργήθηκε ειδικευμένη εκπαίδευση τριών χρόνων στο Ινστιτούτο Ανωτέρας Παιδαγωγικής της Στοκχόλμης, η οποία αναφερόταν στις παιδαγωγικές μεθόδους που έπρεπε να χρησιμοποιούνται για παιδιά άρρωστα, ανάπηρα, καθυστερημένα. Το 1975 το Υπουργείο δημοσίευσε τη μελέτη του "Συνεργασία για τη φροντίδα των παιδιών". Η οποία προτείνει για το παιδί στο νοσοκομείο:

- Επέκταση των τμημάτων παιγνιοθεραπείας
- Εκπαίδευση του προσωπικού που βρίσκεται σε επαφή με τα νοσηλευόμενα παιδιά.
- Υποστήριξη στη συμμετοχή των γονέων

Στην Ελλάδα η παιγνιοθεραπεία εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στο Νοσοκομείο Παιδών "Αγλαΐα Π. Κυριακού", στην ορθοπεδική κλινική λόγω του ότι εισάγονται πολλά παιδιά αλλά και συχνά παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Στο τμήμα αυτό της παιγνιοθεραπείας πρόκειται για τη χρησιμοποίηση του Οργανωμένου παιδαγωγικού και ψυχαγωγικού

παιχνιδιού σύμφωνα με τις ανάγκες και την ηλικία του αρρώστου παιδιού.

Εφαρμόζεται από ειδικούς παιδοψυχολόγους και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό. Βοηθάνε το παιδί να ξεπεράσει τα δυσάρεστα συναισθήματα του, τις αγωνίες και τους φόβους του από την εισαγωγή και παραμονή του στο νοσοκομείο. Επίσης προετοιμάζουν τα παιδιά για σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις, καθώς και για την αποδοχή μιας σοβαρής αρρώστιας που θα έχουν να αντιμετωπίσουν. Στο χώρο αυτό ανεβαίνουν και παιδιά από άλλες κλινικές και απασχολούνται ανάλογα με τις δυνατότητες τους.

Όταν ένα παιδί είναι άρρωστο, το παιχνίδι μπορεί να ανοίξει το δρόμο προς την υγεία. Το παιχνίδι είναι ένα αποτελεσματικό μέσο τόσο για να διατηρεί το παιδί υγιές όσο και για να γιατρευτεί το άρρωστο.

Στο νοσοκομείο το παιδί χρειάζεται τους γονείς του περισσότερο από οπουδήποτε αλλού για να αισθάνεται ασφάλεια. Οι γονείς το βοηθούν να μη φοβάται το νέο απειλητικό περιβάλλον στον ειδικά διαμορφωμένο χώρο της παιγνιοθεραπείας. Εκεί το παιδί μπορεί να παίζει με την ησυχία του, να αποφασίζει για το άτομο του και για το παιχνίδι του, να γνωρίσει τον εαυτό του και να ενισχύει την αυτοπεποίθησή του.

Στο χώρο αυτό το παιδί μπορεί να ανταλλάξει σκέψεις και φαντασίες με άλλα παιδιά, να παίζει, να συναγωνιστεί, να αποκτήσει φίλες, ακριβώς όπως στο σπίτι ή στο σχολείο. Οι τρεις αυτοί παράγοντες : το παιχνίδι, η παρουσία των γονέων και ο ειδικός χώρος του παιχνιδιού αποτελούν το σκελετό της πρωτοποριακής μεθόδου της παιγνιοθεραπείας.

Επειδή κάθε παιδί βιώνει με το δικό του τρόπο την ασθένεια, τον πόνο και την εγκατάλειψη, δεν μπορούμε να κάνουμε συγκρίσεις και αξιολογήσεις. Για κάθε παιδί και για την οικογένειά του είναι τραυματική, άσχετα αν το παιδί νοσηλεύεται στην ορθοπαιδική, τη χειρουργική ή παιδιατρική κλινική. Γι αυτό το παιχνίδι, η παρουσία των γονέων και η χρήση ειδικού χώρου για παιχνίδι θα έπρεπε να προσφέρονται σε κάθε νοσηλευόμενο παιδί.

Πρέπει με το παιχνίδι να δώσουμε ερεθίσματα στο παιδί για να κάνει τη μια ή την άλλη άσκηση. Τα παιχνίδια πρέπει να επιλέγονται έτσι ώστε να αντιστοιχούν τέλεια στις θεραπευτικές κινήσεις χωρίς να παρεμβαίνει κάποια προσπάθεια της σκέψης.

Η παιγνιοθεραπεία πρέπει να προσφέρει στα παιδιά, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, συναρπαστικές, διασκεδαστικές και εμπλουτιστικές δραστηριότητες, οι οποίες συγχρόνως τους παρέχουν ηρεμία και ασφάλεια.

Για τη συνολική ανάπτυξη του παιδιού πρέπει να περιλαμβάνουμε

την κοινωνική και νοητική του εμπειρία. Το να δίνουμε το βάρος μόνο στην ιατρική πλευρά της θεραπείας παραμελώντας τον ψυχισμό σημαίνει καθυστέρηση της αποθεραπείας του.

Το παιδί ακόμη περισσότερο από το μεγάλο απαιτεί προσωπική φροντίδα. Δεν καταφέρνει πάντα να εκφράσει αυτό που αισθάνεται και επιθυμεί. Πρέπει επομένως να του αφιερώσουμε χρόνο κι αυτό βέβαια είναι πιο εύκολο να το λέει κανείς παρά να το πραγματοποιεί.

Η συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας με τους γονείς ιδίως με τους γονείς των αναπήρων παιδιών είναι ένα πολύ σημαντικό μέρος της θεραπείας. Η θεραπευτική ομάδα είναι το πρώτο στήριγμα του παιδιού και δίνουν στους γονείς τις πιο απλές ιδέες για να το βοηθήσουν πριν από την εισαγωγή του σ' ένα ειδικευμένο ίδρυμα. Στη δύσκολη θέση που βρίσκονται οι γονείς αυτοί έχουν ακόμη ανάγκη από υποστήριξη και ενθάρρυνση, έχουν ακόμη ανάγκη από πρακτικές συμβουλές.

Γενικά οι γονείς υπερπροστατεύουν το ανάπηρο παιδί τους, υποτιμούν τις δυνάμεις του και βλάπτουν έτσι την ανάπτυξη του. Στην εποχή μας, με τη μεγάλη ιατρική εξειδίκευση, είναι χρέος της θεραπευτικής ομάδας να βοηθήσουν αυτά τα παιδιά να αποδείξουν τι είναι ικανά να κάνουν. Είναι εξίσου χρέος να τονίζουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις φυσιολογικές τους πλευρές και να μη καθηλώνονται στην αναπηρία τους.

Συχνά κάποιες σωματικές ασκήσεις αποτελούν μέρος της ιατρικής θεραπείας. Μερικοί πρέπει να ασκηθούν να μένουν όρθιοι, άλλοι γονατισμένοι ή καθιστοί. Για να διευκολύνουν το σκοπό τους προσπαθούν να κάνουν την άσκηση ελκυστική. Για τα κλινήρη παιδιά που δεν μπορούν να πάνε στο τμήμα της παιγνιοθεραπείας πρέπει να υπάρχουν παιχνίδια που να τα μεταφέρουν κοντά στα παιδιά. Στο τμήμα της παιγνιοθεραπείας το προσωπικό έχει πρωταρχική σημασία κυρίως για τα παιδιά με ψυχικές διαταραχές. Αυτά έχουν εξίσου ανάγκη από ευχάριστο περιβάλλον και καλό εξοπλισμό σε παιχνίδια.

Πρέπει να ξέρουμε ότι και οι πιο θαυμάσιες εγκαταστάσεις δεν μπορούν να επιτρέψουν οικονομία στο προσωπικό, δηλαδή τίποτε δεν μπορεί να αντικαταστήσει ένα καλό εκπαιδευμένο προσωπικό. Η καλή εκπαίδευση πρέπει να οδηγεί στην αντίληψη ότι κάθε άρρωστος είναι μια ξεχωριστή προσωπικότητα. Πρέπει το προσωπικό να καταλάβει ότι οι δραστηριότητες έχουν πολύ μεγάλη σημασία για τα παιδιά και τους εφήβους που νοσηλεύονται.

Τα παιδιά έχουν ανάγκη από σταθερές συνήθειες και σταθερούς κανόνες χωρίς υπερβολικές φροντίδες, αλλά κυρίως από πολλή αγάπη και ανεκτικότητα. Ένας από τους ρόλους του προσωπικού είναι να ενθαρρύνουν τους γονείς να συνοδεύουν το παιδί τους στο τμήμα της παιγνιοθεραπείας και να συμμετέχουν στις εκεί δραστηριότητες, επίσης να τους συμβουλεύουν για το πως να το απασχολούν, όταν μένουν μαζί

του, στο δωμάτιο του.

Επίσης το προσωπικό του τμήματος της παιγνιοθεραπείας τονίζει στους γονείς πόσο είναι σημαντικό να εξασκούν όλες τις αισθήσεις του ανάπηρου παιδιού τους.

Ένα παιδί με αναπηρία στην όραση χρειάζεται να αναπτύξει από πολύ νωρίς την ακοή, την αφή, τη γεύση, την όσφρηση, την αίσθηση του χώρου και την κίνηση. Δεν πρέπει όμως να παραμελείται η κοινωνικοποίηση και συναισθηματική ζωή του παιδιού. Οι γονείς πρέπει να φροντίσουν γι' αυτά όσο το δυνατόν νωρίτερα. Πρέπει να εκμεταλλευτούν όλες τις δυνατότητες. Όσο για τα παιδιά με προβλήματα ακοής, διαταραχές του λόγου ή με νοητική καθυστέρηση, οι γονείς τους πρέπει να πεισθούν να τους μιλούν πολύ.

Επίσης δείχνουν στους γονείς πως τα ανάπηρα παιδιά παίζουν με άλλα παιδιά, πως το ένα δραστηριοποιεί το άλλο. Είναι πολύ σημαντικό για το ανάπηρο παιδί να έχει σχέσεις με συνομήλικους του.

Παρόλα αυτά τα τελευταία χρόνια, μερικοί γονείς εξακολουθούν να απομονώνονται με το παιδί τους. Αυτοί οι γονείς έχουν ανάγκη από υποστήριξη και συμβουλές που θα προέρχονται από κάποιον με τον οποίο νιώθει άνετα.

Στο τμήμα της παιγνιοθεραπείας μπορούν να πάνε όλα τα παιδιά του νοσοκομείου με τα πόδια, με το φορείο ή με την αναπηρική τους πολυθρόνα. Μόνο που δεν πρέπει να έχουν μεταδοτική ασθένεια ούτε να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στις μολύνσεις. Σκοπός της παιγνιοθεραπείας είναι ότι το παιδί μόλις μπει στο νοσοκομείο πρέπει να συναντήσει ένα περιβάλλον προσαρμοσμένο στις ανάγκες του, στο οποίο θα αισθάνεται καλά. Πολλά παιδιά που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο δεν μπορούν να εκφράσουν με λόγια τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους.

Είναι επομένως σημαντικό να αναγνωρίσουμε το δικαίωμα τους να εκφράζονται μέσα από τις δραστηριότητες του παιχνιδιού. Έχουν δικαίωμα στην παρουσία ενός προσωπικού ικανού να είναι συγχρόνως διερμηνέας και συνήγορός του.



### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ :

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διαπιστωθεί κατά πόσο επηρεάζονται ψυχολογικά τα παιδιά και οι γονείς όταν μπουν στο νοσοκομείο.

## ΦΥΛΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	51	51,0	51,0	51,0
2,00	49	49,0	49,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΚΟΡΙΤΣΙ

2: ΑΓΟΡΙ

1. Το 51% των νοσηλευομένων παιδιών ήταν κορίτσια.
2. Το 49% των νοσηλευομένων παιδιών ήταν αγόρια.

## ΗΛΙΚΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	14	14,0	14,0	14,0
2,00	10	10,0	10,0	24,0
3,00	13	13,0	13,0	37,0
4,00	14	14,0	14,0	51,0
5,00	15	15,0	15,0	66,0
6,00	6	6,0	6,0	72,0
7,00	11	11,0	11,0	83,0
8,00	8	8,0	8,0	91,0
9,00	9	9,0	9,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΕΤΩΝ

2: ΠΕΝΤΕ ΕΤΩΝ

3: ΕΞΙ ΕΤΩΝ

4: ΕΠΤΑ ΕΤΩΝ

5: ΟΚΤΩ ΕΤΩΝ

6: ΕΝΝΕΑ ΕΤΩΝ

7: ΔΕΚΑ ΕΤΩΝ

8: ΕΝΔΕΚΑ ΕΤΩΝ

9: ΔΩΔΕΚΑ ΕΤΩΝ

1. Το 14% των νοσηλευομένων παιδιών ήταν ηλικίας τεσσάρων ετών.
2. Το 10% των νοσηλευομένων παιδιών ήταν ηλικίας πέντε ετών.
3. Το 13% των νοσηλευομένων παιδιών ήταν ηλικίας έξι ετών.
4. Το 14% των νοσηλευομένων παιδιών ήταν ηλικίας επτά ετών.
5. Το 15% των νοσηλευομένων παιδιών ήταν ηλικίας οκτώ ετών.
6. Το 6% των νοσηλευομένων παιδιών ήταν ηλικίας εννέα ετών.
7. Το 11% των νοσηλευομένων παιδιών ήταν ηλικίας δέκα ετών.
8. Το 8% των νοσηλευομένων παιδιών ήταν ηλικίας έντεκα ετών.
9. Το 9% των νοσηλευομένων παιδιών ήταν ηλικίας δώδεκα ετών.

## ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	15	15,0	15,0	15,0
2,00	61	61,0	61,0	76,0
3,00	24	24,0	24,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ
- 2: ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ
- 3: ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

1. Το 15% των νοσηλευομένων παιδιών και των οικογενειών τους ήταν αγροτική περιοχή.
2. Το 61% των νοσηλευομένων παιδιών και των οικογενειών τους ήταν αστική περιοχή.
3. Το 24% των νοσηλευομένων παιδιών και των οικογενειών τους ήταν ημιαστική περιοχή.

## ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	44	44,0	44,0	44,0
2,00	16	16,0	16,0	60,0
3,00	3	3,0	3,0	63,0
4,00	12	12,0	12,0	75,0
5,00	11	11,0	11,0	86,0
6,00	3	3,0	3,0	89,0
7,00	1	1,0	1,0	90,0
8,00	1	1,0	1,0	91,0
9,00	4	4,0	4,0	95,0
10,00	5	5,0	5,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
- 2: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ
- 3: ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
- 4: ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
- 5: ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
- 6: ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ
- 7: ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
- 8: ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
- 9: ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
- 10: ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

1. Το 44% των παιδιών είχαν σαν αιτία εισαγωγής λοιμώξεις (εμπύρετα κ.τ.λ.)
2. Το 16% των παιδιών ήταν χειρουργικά περιστατικά.
3. Το 3% των παιδιών είχαν σαν αιτία εισαγωγής κινητικά προβλήματα.
4. Το 12% των παιδιών είχαν σαν αιτία εισαγωγής αναπνευστικά προβλήματα.
5. Το 11% των παιδιών είχαν σαν αιτία εισαγωγής γαστρεντερολογικά προβλήματα.
6. Το 3% των παιδιών είχαν σαν αιτία εισαγωγής εγκεφαλικές δυσλειτουργίες.
7. Το 1% των παιδιών είχαν σαν αιτία εισαγωγής νεφρικές διαταραχές.
8. Το 1% των παιδιών είχαν σαν αιτία εισαγωγής αιμολυτικές διαταραχές.
9. Το 4% των παιδιών είχαν σαν αιτία εισαγωγής νευρολογικές διαταραχές.
10. Το 5% των παιδιών είχαν σαν αιτία εισαγωγής δερματολογικά προβλήματα.

### ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	2	2,0	2,0	2,0
2,00	14	14,0	14,0	16,0
3,00	38	38,0	38,0	54,0
4,00	21	21,0	21,0	75,0
5,00	13	13,0	13,0	88,0
6,00	12	12,0	12,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ
- 2: ΔΗΜΟΤΙΚΟ
- 3: ΓΥΜΝΑΣΙΟ - ΛΥΚΕΙΟ
- 4: ΜΕΣΗ – ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
- 5: ΑΝΩΤΕΡΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
- 6: ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

1. Το 2 % των πατεράδων των νοσηλευόμενων παιδιών ήταν αναλφάβητοι.
2. Το 14 % των πατεράδων των νοσηλευόμενων παιδιών ήταν τελειόφοιτοι Δημοτικού.
3. Το 38 % των πατεράδων των νοσηλευόμενων παιδιών ήταν τελειόφοιτοι Γυμνασίου – Λυκείου.
4. Το 21 % των πατεράδων των νοσηλευόμενων παιδιών ήταν τελειόφοιτοι Μέσης – Τεχνικής εκπαίδευσης.
5. Το 13 % των πατεράδων των νοσηλευόμενων παιδιών ήταν τελειόφοιτοι Ανώτερης εκπαίδευσης.
6. Το 12 % των πατεράδων των νοσηλευόμενων παιδιών ήταν τελειόφοιτοι Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

**ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ**

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2,00	25	25,0	25,0	25,0
3,00	37	37,0	37,0	62,0
4,00	21	21,0	21,0	83,0
5,00	13	13,0	13,0	96,0
6,00	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ
- 2: ΔΗΜΟΤΙΚΟ
- 3: ΓΥΜΝΑΣΙΟ - ΛΥΚΕΙΟ
- 4: ΜΕΣΗ – ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
- 5: ΑΝΩΤΕΡΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
- 6: ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

1. Το 25% των μητέρων των νοσηλευόμενων παιδιών ήταν τελειόφοιτες Δημοτικού.
2. Το 37% των μητέρων των νοσηλευόμενων παιδιών ήταν τελειόφοιτες Γυμνασίου – Λυκείου.
3. Το 21% των μητέρων των νοσηλευόμενων παιδιών ήταν τελειόφοιτες Μέσης – Τεχνική εκπαίδευσης.
4. Το 13% των μητέρων των νοσηλευόμενων παιδιών ήταν τελειόφοιτες Ανώτερης εκπαίδευσης.
5. Το 4% των μητέρων των νοσηλευόμενων παιδιών ήταν τελειόφοιτες Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

**ΕΙΧΕ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	76	76,0	76,0	76,0
2,00	24	24,0	24,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΝΑΙ
- 2: ΟΧΙ

1. Το 76% των νοσηλευόμενων παιδιών είχε επισκεφθεί ξανά νοσοκομείο.
2. Το 24% των νοσηλευόμενων παιδιών δεν είχε επισκεφθεί ξανά νοσοκομείο.

### ΕΧΕΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΑΛΛΗ ΦΟΡΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	57	57,0	57,0	57,0
2,00	43	43,0	43,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΝΑΙ  
2: ΟΧΙ

1. Το 57% των νοσηλευομένων παιδιών είχε νοσηλευτεί ξανά σε νοσοκομείο.
2. το 43% των νοσηλευομένων παιδιών δεν είχε νοσηλευτεί ξανά σε νοσοκομείο.

### ΠΩΣ ΔΕΧΤΗΚΕ ΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	28	28,0	28,0	28,0
2,00	16	16,0	16,0	44,0
3,00	48	48,0	48,0	92,0
4,00	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΚΛΑΜΑ  
2: ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ  
3: ΕΥΚΟΛΗ ΑΠΟΔΟΧΗ  
4: ΑΡΝΗΣΗ

1. Το 28% των νοσηλευομένων παιδιών δέχτηκε με κλάμα την είδηση της εισαγωγής.
2. Το 16% των νοσηλευομένων παιδιών δέχτηκε με αδιαφορία την είδηση της εισαγωγής.
3. Το 48% των νοσηλευομένων παιδιών δέχτηκε εύκολα την είδηση της εισαγωγής.
4. Το 8% των νοσηλευομένων παιδιών δέχτηκε με άρνηση την είδηση της εισαγωγής.

## ΠΩΣ ΑΝΤΕΔΡΑΣΕ ΟΤΑΝ ΕΓΙΝΕ Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	34	34,0	34,0	34,0
2,00	42	42,0	42,0	76,0
3,00	11	11,0	11,0	87,0
4,00	13	13,0	13,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΚΛΑΜΑ
- 2: ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ
- 3: ΠΑΝΙΚΟ
- 4: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1. Το 34% των νοσηλευομένων παιδιών αντέδρασαν με κλάμα όταν έγινε η εισαγωγή.
2. Το 42% των νοσηλευομένων παιδιών αντέδρασαν με αδιαφορία όταν έγινε η εισαγωγή.
3. Το 11% των νοσηλευομένων παιδιών αντέδρασαν με πανικό όταν έγινε η εισαγωγή.
4. Το 13% των νοσηλευομένων παιδιών αντέδρασαν με κατάθλιψη όταν έγινε η εισαγωγή.

## ΠΩΣ ΑΝΤΕΔΡΑΣΕ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	34	34,0	34,0	34,0
2,00	18	18,0	18,0	52,0
3,00	11	11,0	11,0	63,0
4,00	7	7,0	7,0	70,0
5,00	30	30,0	30,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΚΛΑΜΑ
- 2: ΤΑΡΑΧΗ
- 3: ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ
- 4: ΑΡΝΗΣΗ
- 5: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ

1. Το 34% των νοσηλευομένων παιδιών αντέδρασαν με κλάμα όταν έγινε η πρώτη νοσηλεία.
2. Το 18% των νοσηλευομένων παιδιών αντέδρασαν με ταραχή όταν έγινε η πρώτη νοσηλεία.
3. Το 11% των νοσηλευομένων παιδιών αντέδρασαν με αδιαφορία όταν έγινε η πρώτη νοσηλεία.
4. Το 7% των νοσηλευομένων παιδιών αντέδρασαν με άρνηση όταν έγινε η πρώτη νοσηλεία.
5. Το 30% των νοσηλευομένων παιδιών αντέδρασαν φυσιολογικά όταν έγινε η πρώτη νοσηλεία.



### ΑΛΛΑΞΕ Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΤΩΝ ΕΠΟΜΕΝΩΝ ΗΜΕΡΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	33	33,0	33,0	33,0
	2,00	67	67,0	67,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

1. Το 33% των παιδιών άλλαξαν αντίδραση στις νοσηλείες των επόμενων ημερών.
2. Το 67% των παιδιών δεν άλλαξαν αντίδραση στις νοσηλείες των επόμενων ημερών.

### ΕΧΕΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΑΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	57	57,0	57,0	57,0
	2,00	43	43,0	43,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

1. Το 57% των παιδιών έχουν αντιδράσεις που εμφανίστηκαν μετά την εισαγωγή.
2. Το 43% των παιδιών δεν έχουν αντιδράσεις που να εμφανίστηκαν μετά την εισαγωγή.

## ΠΟΙΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	41	41,0	41,0	41,0
1,00	24	24,0	24,0	65,0
2,00	13	13,0	13,0	78,0
3,00	3	3,0	3,0	81,0
4,00	9	9,0	9,0	90,0
5,00	7	7,0	7,0	97,0
6,00	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

1: ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΥΠΝΟΥ

2: ΑΝΟΡΕΞΙΑ

3: ΦΟΒΙΕΣ

4: ΝΕΥΡΙΚΟΤΗΤΑ

5: ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

6: ΛΙΓΟΤΕΡΗ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ

0. Το 41% των παιδιών άνηκαν στο ποσοστό όπου δεν εμφάνισαν αντιδράσεις μετά την εισαγωγή ή δεν απάντησαν στην ερώτηση.
1. Το 24% των παιδιών εμφάνισαν δυσκολίες στον ύπνο.
2. Το 13% των παιδιών εμφάνισαν ανορεξία.
3. Το 3% των παιδιών εμφάνισαν φοβίες.
4. Το 9% των παιδιών εμφάνισαν νευρικότητα.
5. Το 7% των παιδιών εμφάνισαν επιθετικότητα.
6. Το 3% των παιδιών εμφάνισαν λιγότερη αυτονομία.

**ΠΟΙΑ ΗΤΑΝ Η ΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	9	9,0	9,0	9,0
2,00	16	16,0	16,0	25,0
3,00	5	5,0	5,0	30,0
4,00	45	45,0	45,0	75,0
5,00	6	6,0	6,0	81,0
6,00	19	19,0	19,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΕΧΘΡΙΚΗ
- 2: ΑΡΝΗΤΙΚΗ
- 3: ΑΔΙΑΦΟΡΗ
- 4: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ
- 5: ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ ΜΟΝΟ ΣΤΟΝ ΕΝΑ ΓΟΝΕΑ
- 6: ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΓΟΝΕΙΣ

- 1. Το 9% των παιδιών μετά την εισαγωγή απέκτησε εχθρική στάση απέναντι στους γονείς.
- 2. Το 16% των παιδιών μετά την εισαγωγή απέκτησε αρνητική στάση απέναντι στους γονείς.
- 3. Το 5% των παιδιών μετά την εισαγωγή απέκτησε αδιάφορη στάση απέναντι στους γονείς.
- 4. Το 45% των παιδιών μετά την εισαγωγή είχε φυσιολογική στάση απέναντι στους γονείς.
- 5. Το 6% των παιδιών μετά την εισαγωγή απέκτησε προσήλωση μόνο στον ένα γονέα..
- 6. Το 19% των παιδιών μετά την εισαγωγή απέκτησε προσήλωση και δυο στους γονείς.

**ΑΛΛΑΞΕ Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	58	58,0	58,0	58,0
2,00	42	42,0	42,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΝΑΙ
- 2: ΟΧΙ

- 1. Το 58% των γονέων άλλαξε συμπεριφορά προς το παιδί μετά την εισαγωγή.

2. Το 42% των γονέων δεν άλλαξε συμπεριφορά προς το παιδί μετά την εισαγωγή.

### ΠΩΣ ΑΛΛΑΞΕ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	43	43,0	43,0	43,0
1,00	22	22,0	22,0	65,0
2,00	8	8,0	8,0	73,0
3,00	27	27,0	27,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

1: ΥΠΕΡΜΕΤΡΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

2: ΕΦΥΣΗΧΑΣΜΟΣ

3: ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ

0. Το 43% των γονέων δεν απάντησε ή δεν άλλαξε συμπεριφορά απέναντι στο παιδί.
1. Το 22% των γονέων απέκτησε υπέρμετρη προστατευτικότητα απέναντι στο παιδί.
2. Το 8% των γονέων απέκτησε εφύσηχασμό απέναντι στο παιδί.
3. Το 27% των γονέων απέκτησε ενθάρρυνση απέναντι στο παιδί.

### ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	55	55,0	55,0	55,0
2,00	20	20,0	20,0	75,0
3,00	25	25,0	25,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

2: ΑΡΝΗΣΗ

3: ΦΟΒΟ

1. Το 55% των παιδιών συνεργάζεται με τους γιατρούς.
2. Το 20% των παιδιών έχει αρνηση απέναντι στους γιατρούς.
3. Το 25% των παιδιών έχει φόβο απέναντι στους γιατρούς.

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	56	56,0	56,0	56,0
2,00	16	16,0	16,0	72,0
3,00	28	28,0	28,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
- 2: ΑΡΝΗΣΗ
- 3: ΦΟΒΟ

- 1. Το 56% των παιδιών συνεργάζεται με το νοσηλευτικό προσωπικό.
- 2. Το 16% των παιδιών έχει άρνηση απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό.
- 3. Το 28% των παιδιών έχει φόβο απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό.

**ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΛΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΔΟΥΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	86	86,0	86,0	86,0
2,00	14	14,0	14,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΝΑΙ
- 2: ΟΧΙ

- 1. Το 86% των γονέων δηλώνει πως υπάρχει καλή συνεργασία με το νοσηλ. προσωπικό και με τους συνοδούς των παιδιών.
- 2. Το 14% των γονέων δηλώνει πως δεν υπάρχει καλή συνεργασία με το νοσηλ. προσωπικό και με τους συνοδούς των παιδιών.

**ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	2	2,0	2,0	2,0
1,00	16	16,0	16,0	18,0
2,00	82	82,0	82,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

0. Το 2% των γονέων δεν απάντησε.
1. Το 16% των γονέων δηλώνει πως έχει προβλήματα με τη συμπεριφορά του νοσηλ. προσωπικού.
2. Το 82% των γονέων δηλώνει πως δεν έχει προβλήματα με τη συμπεριφορά του νοσηλ. προσωπικού.

**ΠΩΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	24	24,0	24,0	24,0
2,00	21	21,0	21,0	45,0
3,00	55	55,0	55,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΦΟΒΟ

2: ΠΑΝΙΚΟ

3: ΣΙΓΟΥΡΙΑ

1. Το 24% των γονέων αντέδρασε με φόβο στην είδηση της εισαγωγής στο νοσοκομείο.
2. Το 21% των γονέων αντέδρασε με πανικό στην είδηση της εισαγωγής στο νοσοκομείο.
3. Το 55% των γονέων αντέδρασε με σιγουριά στην είδηση της εισαγωγής στο νοσοκομείο.

### ΝΙΩΘΕΤΕ ΣΙΓΟΥΡΙΑ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	1	1,0	1,0	1,0
1,00	87	87,0	87,0	88,0
2,00	12	12,0	12,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

0. Το 1% των γονέων δεν απάντησε.

1. Το 87% των γονέων νιώθει σιγουριά μες στο νοσοκομείο.

2. Το 12% των γονέων δεν νιώθει σιγουριά μες στο νοσοκομείο.

### ΠΙΣΤΕΥΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	10	10,0	10,0	10,0
1,00	18	18,0	18,0	28,0
2,00	72	72,0	72,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

0. Το 10% των γονέων δεν απάντησε.

1. Το 18% των γονέων πιστεύει ότι το ιδιωτικό νοσοκομείο μπορεί να προσφέρει καλύτερη νοσηλεία.

2. Το 72% των γονέων δεν πιστεύει ότι το ιδιωτικό νοσοκομείο μπορεί να προσφέρει καλύτερη νοσηλεία.

**ΗΣΑΣΤΑΝ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΡΩΜΕΝΟΙ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	78	78,0	78,0	78,0
2,00	22	22,0	22,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

1. Το 78% των γονέων ήταν ενημερωμένοι για ιατρικά θέματα πριν από την εισαγωγή.
2. Το 22% των γονέων δεν ήταν ενημερωμένοι για ιατρικά θέματα πριν από την εισαγωγή.

**ΘΑ ΠΡΟΤΙΜΟΥΣΕ ΝΑ ΓΙΝΕΙ Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΠΙΤΙ Ή ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	5	5,0	5,0	5,0
1,00	47	47,0	47,0	52,0
2,00	48	48,0	48,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

1: ΣΠΙΤΙ

2: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

0. Το 5 % των παιδιών δεν απάντησαν.
1. Το 47% των παιδιών θα προτιμούσε η νοσηλεία να γίνει σπίτι.
2. Το 48% των παιδιών θα προτιμούσε η νοσηλεία να γίνει στο νοσοκομείο.



**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΓΙΝΟΤΑΝ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΠΙΟ ΕΥΚΟΛΑ ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΣΕ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΗΛΙΚΙΑ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0,00	3	3,0	3,0	3,0
1,00	54	54,0	54,0	57,0
2,00	43	43,0	43,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

0. Το 3% των γονέων δεν απάντησαν.

1. Το 54% των γονέων πιστεύει ότι η ασθένεια θα γινόταν ευκολότερα αποδεκτή σε μεγαλύτερη ηλικία.

2. Το 43% των γονέων πιστεύει ότι η ασθένεια δεν θα γινόταν ευκολότερα αποδεκτή σε μεγαλύτερη ηλικία.

**ΑΠΟΧΩΡΙΣΤΙΚΕ ΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	35	35,0	35,0	35,0
2,00	65	65,0	65,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

1. Το 35% των παιδιών είχε αποχωριστεί τους γονείς του.

2. Το 65% των παιδιών δεν έχουν αποχωριστεί ποτέ από τους γονείς τους.

**ΘΑ ΗΘΕΛΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΤΟΥ ΣΤΟ ΘΑΛΑΜΟ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	84	84,0	84,0	84,0
2,00	16	16,0	16,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

1. Το 84% των παιδιών θα ήθελαν τη μητέρα τους στο θάλαμο την ώρα της νοσηλείας.

2. Το 16% των παιδιών δεν θα ήθελαν τη μητέρα τους στο θάλαμο την ώρα της νοσηλείας.

#### ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΝΑ ΠΕΡΝΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	5	5,0	5,0	5,0
1,00	47	47,0	47,0	52,0
2,00	48	48,0	48,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

0. Το 5% των γονέων δεν απάντησε.

1. Το 47% των γονέων πιστεύει πως υπάρχουν παιχνίδια στο νοσοκομείο για να περνά ευχάριστα την ώρα του.

2. Το 48% των γονέων πιστεύει πως δεν υπάρχουν παιχνίδια στο νοσοκομείο για να περνά ευχάριστα την ώρα του.

#### ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΜΕΣΑ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	8	8,0	8,0	8,0
1,00	52	52,0	52,0	60,0
2,00	40	40,0	40,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

0. Το 8% των γονέων δεν απάντησε στην ερώτηση.

1. Το 52% των γονέων πιστεύει πως διαθέτει μέσα ψυχαγωγίας το νοσοκομείο.

2. Το 40% των γονέων πιστεύει πως δεν διαθέτει μέσα ψυχαγωγίας το νοσοκομείο.

**ΝΟΜΙΖΕΤΑΙ ΟΤΙ Η ΔΙΑΚΟΣΜΗΣΗ ΕΝΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΠΗΡΡΕΑΖΕΙ ΤΟΝ ΨΥΧΙΚΟ ΚΟΣΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	79	79,0	79,0	79,0
2,00	21	21,0	21,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΝΑΙ  
2: ΟΧΙ

1. Το 79% των γονέων πιστεύει ότι η διακόσμηση ενός νοσοκομείου επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού.
2. Το 21% των γονέων πιστεύει ότι η διακόσμηση ενός νοσοκομείου δεν επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού.

**ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ ΠΟΥ ΤΟΥ ΔΙΝΟΥΝ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	2	2,0	2,0	2,0
1,00	38	38,0	38,0	40,0
2,00	60	60,0	60,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΝΑΙ  
2: ΟΧΙ  
0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

0. Το 2% των παιδιών δεν απάντησαν στην ερώτηση.
1. Το 38% των παιδιών απάντησε ότι του αρέσει το φαγητό που του δίνουν.
2. Το 60% των παιδιών απάντησε ότι δεν του αρέσει το φαγητό που του δίνουν.

### ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΤΟ ΜΠΑΝΙΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	42	42,0	42,0	42,0
2,00	28	28,0	28,0	70,0
3,00	26	26,0	26,0	96,0
4,00	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 1: ΚΑΘΕ ΠΡΩΙ
- 2: 2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ
- 3: ΟΠΟΤΕ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΗ
- 4: ΠΟΤΕ

1. Το 42% των παιδιών κάνει μπάνιο στο νοσοκομείο κάθε πρωί.
2. Το 28% των παιδιών κάνει μπάνιο στο νοσοκομείο 2- 3 φορές την εβδομάδα.
3. Το 26% των παιδιών κάνει μπάνιο στο νοσοκομείο όποτε είναι ανάγκη.
4. Το 4% των παιδιών δεν κάνει ποτέ μπάνιο στο νοσοκομείο.

### ΠΟΙΟΣ ΤΟ ΚΑΝΕΙ ΜΠΑΝΙΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	4	4,0	4,0	4,0
1,00	90	90,0	90,0	94,0
2,00	5	5,0	5,0	99,0
3,00	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

- 0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
- 1: Ο ΣΥΝΟΔΟΣ / Ο ΙΔΙΟΣ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ
- 2: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
- 3: ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ ΣΧΟΛΩΝ

0. Το 4% των γονέων δεν απάντησαν.
1. Το 90% των γονέων απάντησε ότι τι μπάνιο γίνεται από το ίδιο το παιδί ή από τους ίδιους.
2. Το 5% των γονέων απάντησε ότι τι μπάνιο γίνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό.
3. Το 1% των γονέων απάντησε ότι τι μπάνιο γίνεται από σπουδάστριες σχολών.

### ΚΑΝΕΙ ΕΥΚΟΛΑ ΦΙΛΙΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	3	3,0	3,0	3,0
1,00	63	63,0	63,0	66,0
2,00	34	34,0	34,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

0. Το 3% των γονέων δεν απάντησε.

1. Το 63% των παιδιών κάνουν εύκολα φιλίες.

2. Το 34% των παιδιών δεν κάνουν εύκολα φιλίες.

### ΘΕΛΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΣΕΙ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	15	15,0	15,0	15,0
1,00	56	56,0	56,0	71,0
2,00	29	29,0	29,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

0. Το 15% των παιδιών δεν απάντησαν.

1. Το 56% των παιδιών θα ήθελε να γνωρίσει άλλα παιδιά στο νοσοκομείο που έχουν την ίδια αρρώστια.

2. Το 29% των παιδιών δεν θα ήθελε να γνωρίσει άλλα παιδιά στο νοσοκομείο που έχουν την ίδια αρρώστια.

**ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑΝ ΠΟΤΕ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΝΑ ΤΙΜΩΡΙΣΟΥΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΝΕΣΗΣ Ή ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΓΙΑΤΡΟ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	1	1,0	1,0	1,0
1,00	21	21,0	21,0	22,0
2,00	78	78,0	78,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

0. Το 1% των γονέων δεν απάντησε.

1. Το 21% των γονέων είχε προσπαθήσει να τιμωρίσει το παιδί με την περιγραφή της ένεσης ή με την περιγραφή στο γιατρό.

2. Το 78% των γονέων δεν είχε προσπαθήσει να τιμωρίσει το παιδί με την περιγραφή της ένεσης ή με την περιγραφή στο γιατρό.

**ΘΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΣΑΣΤΑΝ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΤΟΝ ΠΑΙΔΟΨΥΧΟΛΟΓΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΑΝ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΣΑΤΕ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	5	5,0	5,0	5,0
1,00	67	67,0	67,0	72,0
2,00	28	28,0	28,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

0. Το 5% των γονέων δεν απάντησε.

1. Το 67% των γονέων απάντησε ότι θα επισκεπτόταν μαζί με το παιδί παιδοψυχολόγο αν παρατηρούσε αλλαγή στη συμπεριφορά του μετά την εισαγωγή.

2. Το 28% των γονέων απάντησε ότι δεν θα επισκεπτόταν μαζί με το παιδί παιδοψυχολόγο αν παρατηρούσε αλλαγή στη συμπεριφορά του μετά την εισαγωγή.

**ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΕ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	1	1,0	1,0	1,0
1,00	59	59,0	59,0	60,0
2,00	40	40,0	40,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

1: ΝΑΙ

2: ΟΧΙ

0. Το 1% των γονέων δεν απάντησε.

1. Το 59% των γονέων απάντησε ότι η ασθένεια του παιδιού δημιούργησε πρόβλημα στην οικογένεια.

2. Το 40% των γονέων απάντησε ότι η ασθένεια του παιδιού δεν δημιούργησε πρόβλημα στην οικογένεια.

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΑ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	42	42,0	42,0	42,0
1,00	8	8,0	8,0	50,0
2,00	12	12,0	12,0	62,0
3,00	38	38,0	38,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

0: ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

1: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

2: ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΣΥΖΥΓΟΥ

3: ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

0. Το 42% των γονέων δεν απάντησε ή δεν δημιουργήθηκαν προβλήματα.

1. Το 8% των γονέων απάντησε ότι δημιούργησε οικονομικά προβλήματα.

2. Το 12% των γονέων απάντησε ότι δημιούργησε παραμέληση συζύγου.

3. Το 38% των γονέων απάντησε ότι δημιούργησε παραμέληση των άλλων παιδιών..

**ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΠΡΟΤΙΝΕΤΕ ΤΡΟΠΟΥΣ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	41	41,0	41,0	41,0
2,00	30	30,0	30,0	71,0
3,00	29	29,0	29,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

1: ΒΙΒΛΙΑ, ΠΑΙΔΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

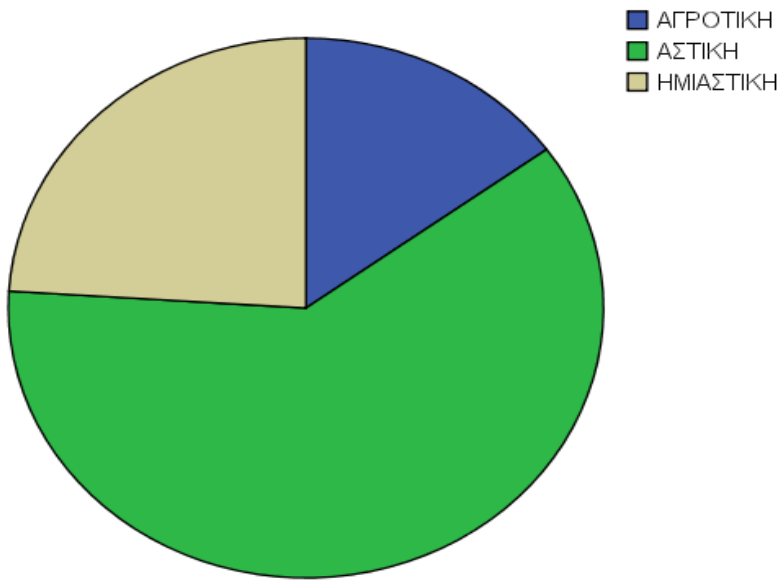
2: ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ, ΒΙΝΤΕΟ, ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ, ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ

3: ΠΑΙΔΙΚΟ ΘΕΑΤΡΟ, ΖΩΓΡΑΦΙΚΗ

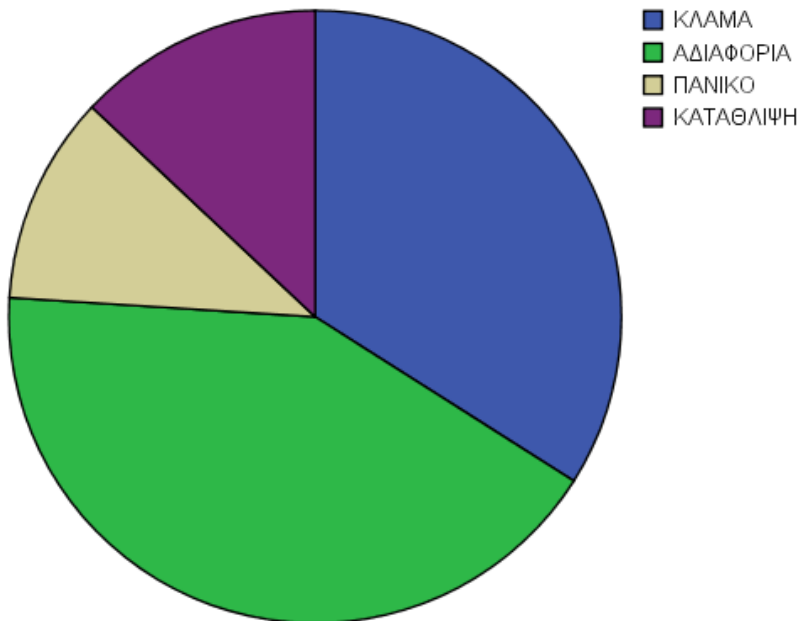
1. Το 41% των γονέων πρότεινε βιβλία και παιδικά περιοδικά
2. Το 30% των γονέων πρότεινε τηλεόραση, βίντεο, ραδιόφωνο και ηλεκτρονικά παιχνίδια.
3. Το 29% των γονέων πρότεινε παιδικό θέατρο και ζωγραφική.



ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ



ΠΩΣ ΑΝΕΔΡΑΣΕ  
ΟΤΑΝ ΕΓΙΝΕ Η  
ΕΙΣΑΓΩΓΗ



## ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ – ΠΩΣ ΑΝΤΕΔΡΑΣΕ ΟΤΑΝ ΕΓΙΝΕ Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ

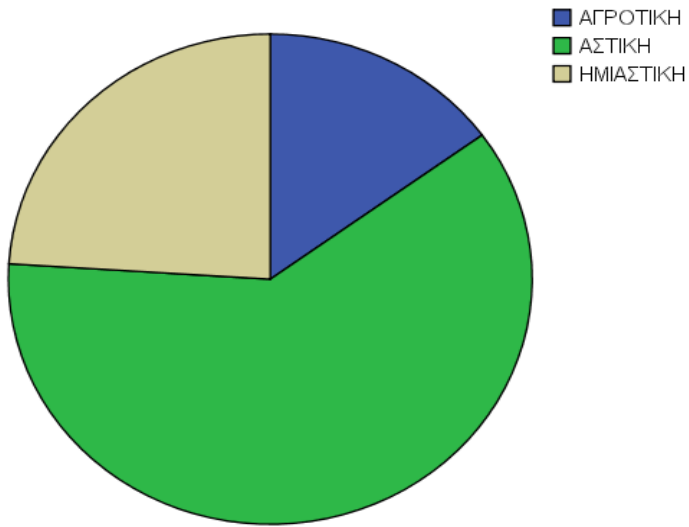
Count

		ΠΩΣ ΑΝΤΕΔΡΑΣΕ ΣΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ				Total
		ΚΛΑΜΑ	ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	ΠΑΝΙΚΟ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
Τοπος Διαμονής	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	5	6	2	2	15
	ΑΣΤΙΚΗ	17	31	8	5	61
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	12	5	1	6	24
Total		34	42	11	13	100

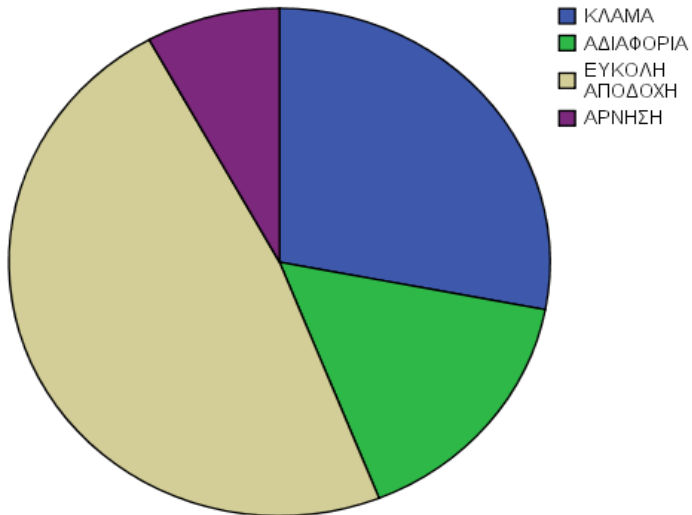
1. Από το 15% των παιδιών που διαμένουν σε αγροτική περιοχή :  
Το 5% αντέδρασε με κλάμα.  
Το 6% αντέδρασε με αδιαφορία.  
Το 2% αντέδρασε με πανικό.  
Το 2% αντέδρασε με κατάθλιψη.
2. Από το 61% των παιδιών που διαμένουν σε αστική περιοχή :  
Το 17% αντέδρασε με κλάμα.  
Το 31% αντέδρασε με αδιαφορία.  
Το 8% αντέδρασε με πανικό.  
Το 5% αντέδρασε με κατάθλιψη.
3. Από το 24% των παιδιών που διαμένουν σε ημιαστική περιοχή :  
Το 12% αντέδρασε με κλάμα.  
Το 5% αντέδρασε με αδιαφορία.  
Το 1% αντέδρασε με πανικό.  
Το 6% αντέδρασε με κατάθλιψη.

Παρατηρούμε ότι ο τόπος διαμονής δεν επηρεάζει όσο θα περιμέναμε ίσως, την αντίδραση των παιδιών όταν γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο. Τα παιδιά από αγροτικές και ημιαστικές περιοχές δεν παρουσιάζουν αποκλίσεις στις αντιδράσεις τους, τα ποσοστά κυμαίνονται με παρόμοιες συχνότητες, με μόνη εξαίρεση την αστική περιοχή ή οποία με ποσοστό περίπου 50% δηλώνει αδιαφορία.

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ



ΠΩΣ ΔΕΧΤΗΚΕ ΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ



**ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ – ΠΩΣ ΔΕΧΤΗΚΕ ΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ**

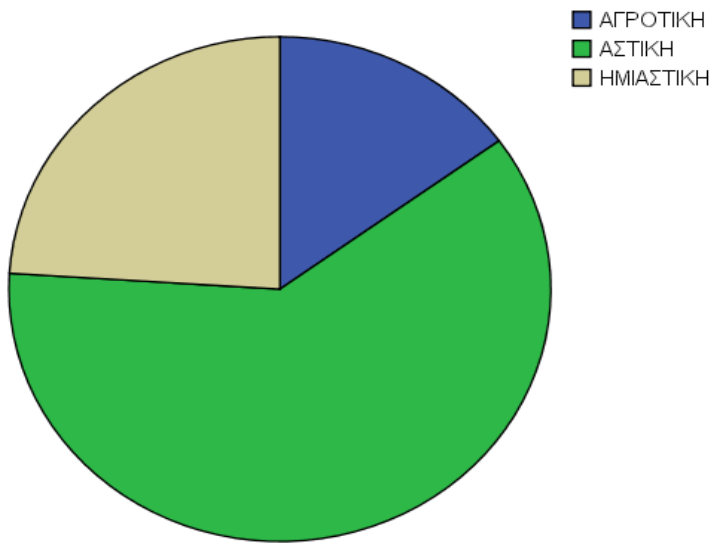
Count

		ΠΩΣ ΔΕΧΤΗΚΕ ΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ				Total
		ΚΛΑΜΑ	ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	ΕΥΚΟΛΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	ΑΡΝΗΣΗ	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	7	4	4	0	15
	ΑΣΤΙΚΗ	13	10	34	4	61
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	11	2	7	4	24
Total		31	16	45	8	100

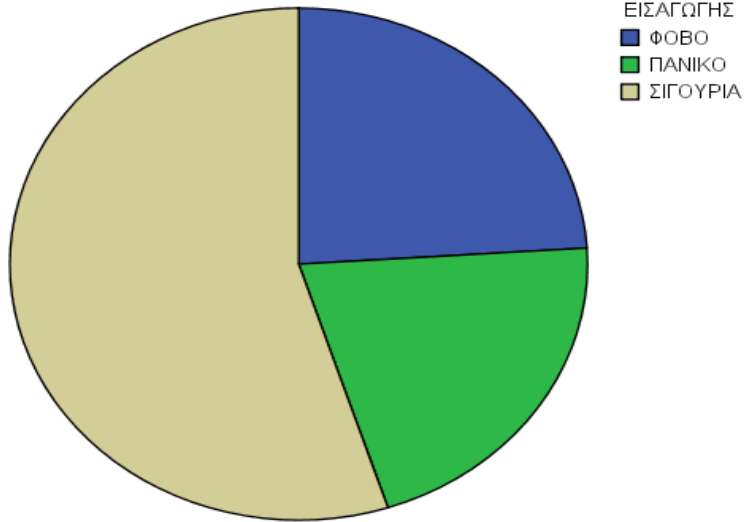
- Από το 15% των παιδιών που διαμένουν σε αγροτική περιοχή :  
Το 7% δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα.  
Το 4% δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 4% δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με εύκολη αποδοχή.  
Το 0% δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.
- Από το 61% των παιδιών που διαμένουν σε αστική περιοχή :  
Το 13% δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα  
Το 10% δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 34% δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με εύκολη αποδοχή.  
Το 4% δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.
- Από το 24% των παιδιών που διαμένουν σε ημιαστική περιοχή :  
Το 11% δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα.  
Το 2% δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 7% δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με εύκολη αποδοχή.  
Το 4% δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά στο πως αντιμετώπισαν τα παιδιά την είδηση της εισαγωγής στο νοσοκομείο. Παρατηρούμε λοιπόν, ότι τα παιδιά που διαμένουν σε αστική περιοχή είχαν εύκολη αποδοχή σε ποσοστό 55.7% σε σύγκριση με τα παιδιά της αγροτικής και ημιαστικής περιοχής τα οποία αντέδρασαν με κλάμα σε ποσοστό 46.6% και 45.8% αντίστοιχα.

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ



ΠΩΣ ΑΝΤΕΔΡΑΣΑΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ



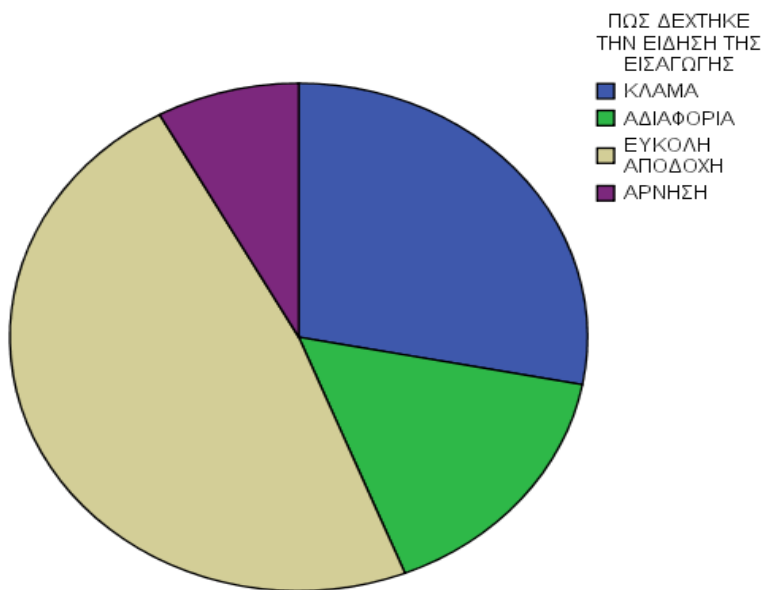
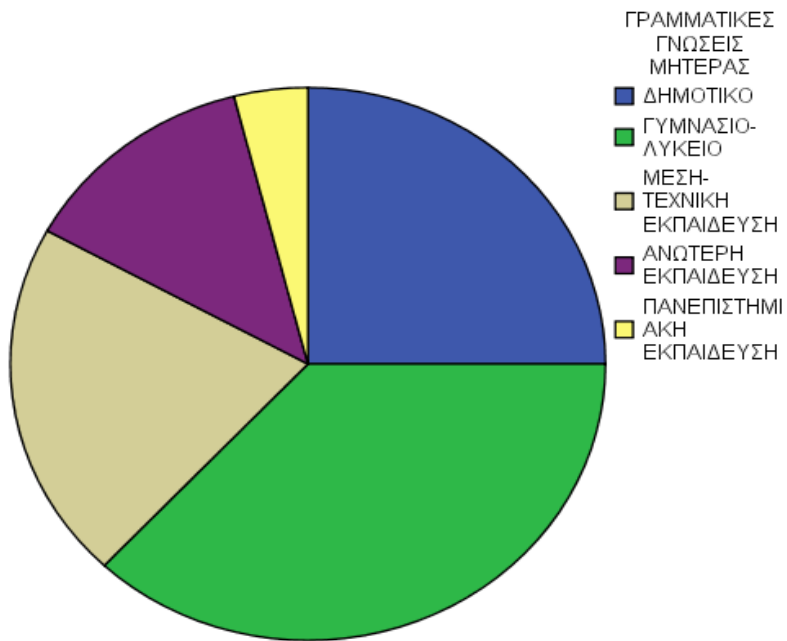
**ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ – ΠΩΣ ΑΝΤΕΔΡΑΣΑΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ**

Count

		ΠΩΣ ΑΝΤΕΔΡΑΣΑΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ			Total
		ΦΟΒΟ	ΠΑΝΙΚΟ	ΣΙΓΟΥΡΙΑ	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	3	3	9	15
	ΑΣΤΙΚΗ	15	13	33	61
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	9	5	10	24
Total		27	21	52	100

1. Από το 15% των γονέων που διαμένουν σε αγροτική περιοχή :  
 Το 3% αντέδρασε στην είδηση της εισαγωγής με φόβο.  
 Το 3% αντέδρασε στην είδηση της εισαγωγής με πανικό.  
 Το 9% αντέδρασε στην είδηση της εισαγωγής με σιγουριά.
2. Από το 61% των γονέων που διαμένουν σε αστική περιοχή :  
 Το 15% αντέδρασε στην είδηση της εισαγωγής με φόβο.  
 Το 13% αντέδρασε στην είδηση της εισαγωγής με πανικό.  
 Το 33% αντέδρασε στην είδηση της εισαγωγής με σιγουριά.
3. Από το 24% των γονέων που διαμένουν σε ημιαστική περιοχή:  
 Το 9% αντέδρασε στην είδηση της εισαγωγής με φόβο.  
 Το 5% αντέδρασε στην είδηση της εισαγωγής με πανικό.  
 Το 10% αντέδρασε στην είδηση της εισαγωγής με σιγουριά.

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι και εδώ υπάρχει διαφορά στο πως αντέδρασαν οι γονείς στην είδηση της εισαγωγής του παιδιού τους στο νοσοκομείο σε σχέση με τον τόπο διαμονής τους. Οι γονείς που διαμένουν σε αστική περιοχή αντέδρασαν με σιγουριά σε ποσοστό 54%. Οι γονείς αντίστοιχα που διαμένουν σε αγροτική και ημιαστική περιοχή αντέδρασαν με φόβο σε ποσοστό 60% και 37%.



**ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ - ΠΩΣ ΔΕΧΤΗΚΕ ΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΟ ΠΑΙΔΙ.**

Count

		ΠΩΣ ΔΕΧΤΗΚΕ ΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ				Total
		ΚΛΑΜΑ	ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	ΕΥΚΟΛΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	ΑΡΝΗΣΗ	
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	10	6	7	2	25
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ-ΛΥΚΕΙΟ	12	5	16	4	37
	ΜΕΣΗ-ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	6	3	10	2	21
	ΑΝΩΤΕΡΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	4	2	7	0	13
	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ	0	0	4	0	4
Total		32	16	45	8	100

Από το 25% των μητέρων που ήταν τελειόφοιτες δημοτικού:

Το 10% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με κλάμα.

Το 6% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με αδιαφορία.

Το 7% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με εύκολη αποδοχή.

Το 2% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με άρνηση.

Από το 37% των μητέρων που ήταν τελειόφοιτες Γυμνασίου –Λυκείου:

Το 12% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με κλάμα.

Το 5% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με αδιαφορία.

Το 16% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με εύκολη αποδοχή.

Το 4% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με άρνηση.

Από το 21% των μητέρων που ήταν τελειόφοιτες Μέσης – Τεχνικής εκπαίδευσης:

Το 6% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με κλάμα.

Το 3% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με αδιαφορία.

Το 10% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με εύκολη αποδοχή.

Το 2% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με άρνηση.

Από το 13% των μητέρων που ήταν τελειόφοιτες Ανώτερης εκπαίδευσης:

Το 4% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με κλάμα.

Το 2% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με αδιαφορία.

Το 7% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με εύκολη αποδοχή.

Το 0% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με άρνηση.

Από το 4% των μητέρων που ήταν τελειόφοιτες Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης:

Το 0% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με κλάμα.

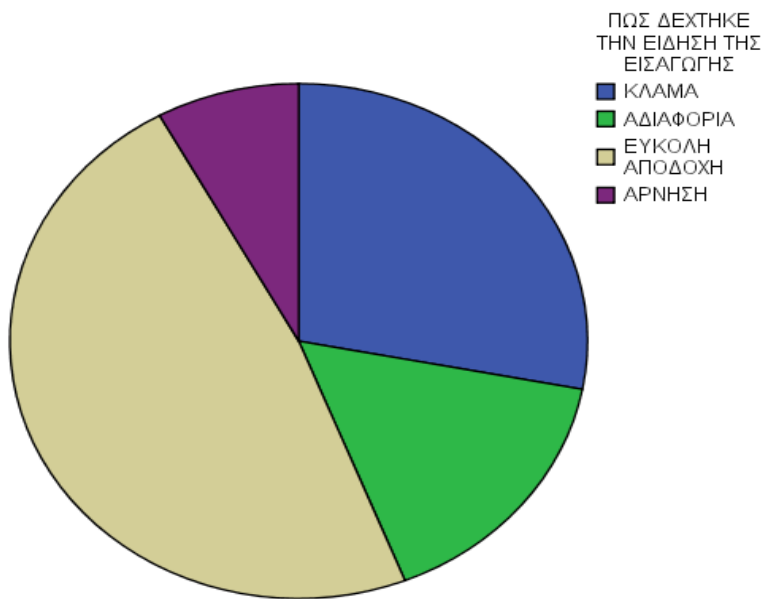
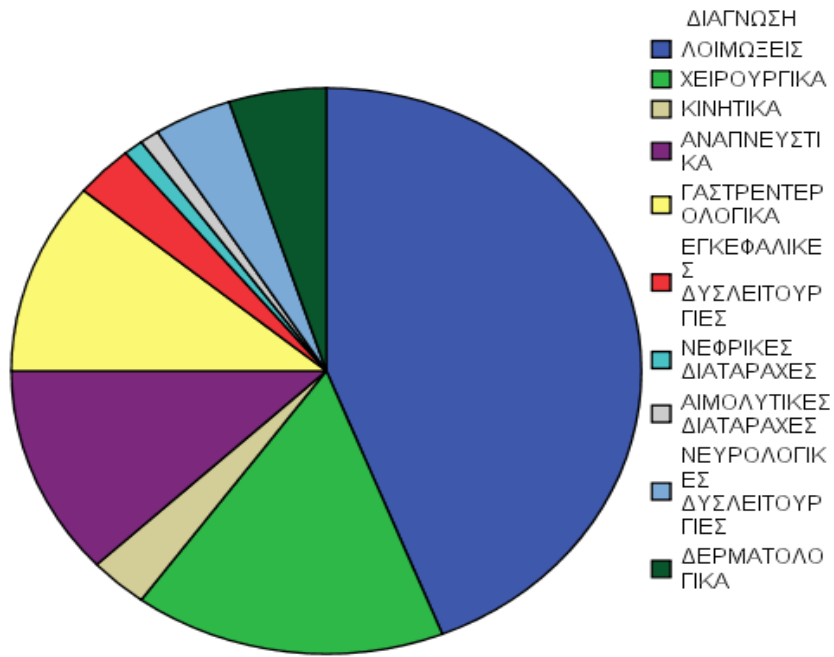
Το 0% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με αδιαφορία.

Το 4% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με εύκολη αποδοχή.

Το 0% των παιδιών δέχτηκαν την είδηση εισαγωγής με άρνηση.



Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι τα παιδιά που η μητέρα τους ήταν τελειόφοιτη Δημοτικού αντέδρασαν στην είδηση της εισαγωγής με κλάμα σε ποσοστό 40%. Σε αντίθεση με τα παιδιά που οι μητέρες τους ήταν τελειόφοιτες Γυμνασίου – Λυκείου, Μέσης – Τεχνικής Εκπαίδευσης, Ανώτερης εκπαίδευσης και Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης δέχτηκαν εύκολα την είδηση της εισαγωγής στο νοσοκομείο σε ποσοστό 43,4%, 47%, 53.8% και 100% αντίστοιχα.



**ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΠΩΣ ΔΕΧΤΗΚΕ ΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ**

Count

		ΠΩΣ ΔΕΧΤΗΚΕ ΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ				Total
		ΚΛΑΜΑ	ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	ΕΥΚΟΛΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	ΑΡΝΗΣΗ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	13	6	25	0	44
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ	2	4	9	1	16
	ΚΙΝΗΤΙΚΑ	1	0	2	0	3
	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ					
	ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ	5	1	4	2	12
	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ	2	4	3	2	11
	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ					
	ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ	1	1	0	1	3
	ΝΕΦΡΙΚΕΣ					
	ΔΙΑΤΑΡ	0	0	1	0	1
	ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΕΣ					
	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	1	0	0	0	1
	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ					
	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	2	0	1	1	4
	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ					
	Α	1	0	3	1	5
Total		28	16	48	8	100

## 1. Από το 44% των περιστατικών με λοιμώξεις :

Το 13% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα.  
Το 6% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 25% των παιδιών είχε εύκολη αποδοχή στην είδηση της εισαγωγής.  
Το 0% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.

## 2. Από το 16% των χειρουργικών περιστατικών:

Το 2% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα.  
Το 4% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 9% των παιδιών είχε εύκολη αποδοχή στην είδηση της εισαγωγής.  
Το 1% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.

## 3. Από το 3% των περιστατικών με κινητικά προβλήματα:

Το 1% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα.  
Το 0% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 2% των παιδιών είχε εύκολη αποδοχή στην είδηση της εισαγωγής.  
Το 0% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.

## 4. Από το 12% των περιστατικών με αναπνευστικά προβλήματα:

Το 5% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα.  
Το 1% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 4% των παιδιών είχε εύκολη αποδοχή στην είδηση της εισαγωγής.  
Το 2% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.

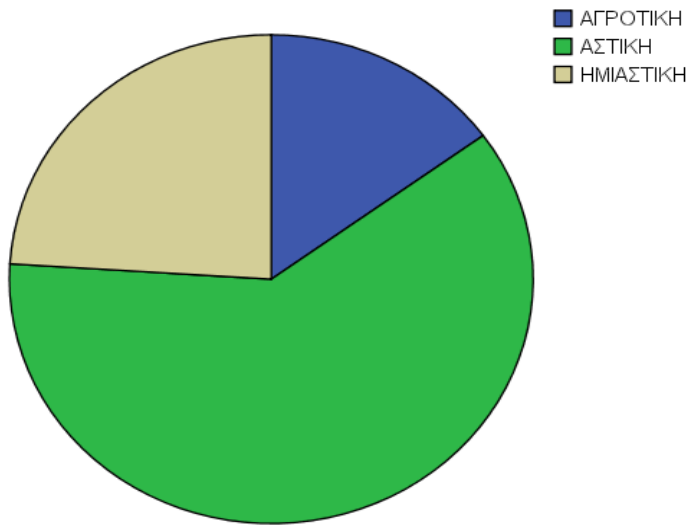
## 5. Από το 11% των περιστατικών με γαστρεντερολογικά προβλήματα:

Το 2% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα.  
Το 4% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 3% των παιδιών είχε εύκολη αποδοχή στην είδηση της εισαγωγής.  
Το 2% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.

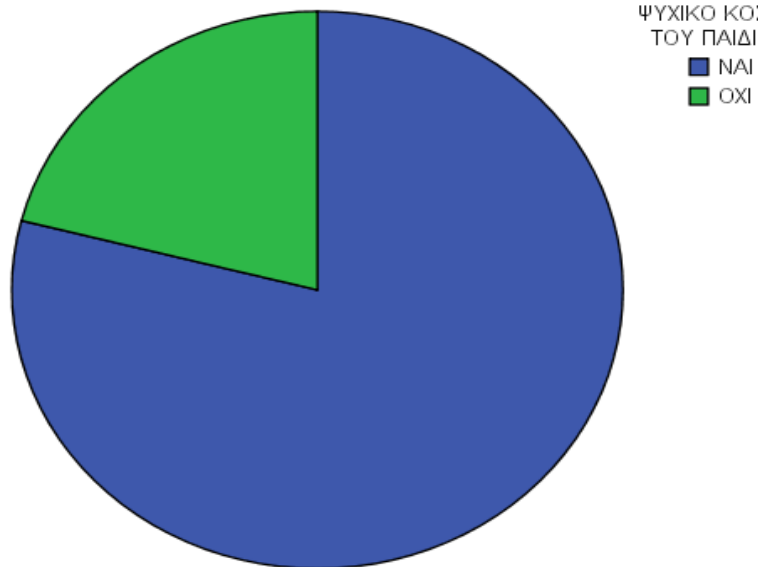
6. Από το 3% των περιστατικών με εγκεφαλικές δυσλειτουργίες:  
Το 1% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα.  
Το 1% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 0% των παιδιών είχε εύκολη αποδοχή στην είδηση της εισαγωγής.  
Το 1% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.
7. Από το 1% των περιστατικών με νεφρικές διαταραχές:  
Το 0% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα.  
Το 0% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 1% των παιδιών είχε εύκολη αποδοχή στην είδηση της εισαγωγής.  
Το 0% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.
8. Από το 1% των περιστατικών με αιμολυτικές διαταραχές:  
Το 1% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα.  
Το 0% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 0% των παιδιών είχε εύκολη αποδοχή στην είδηση της εισαγωγής.  
Το 0% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.
9. Από το 4% των περιστατικών με νευρολογικές διαταραχές:  
Το 2% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα.  
Το 0% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 1% των παιδιών είχε εύκολη αποδοχή στην είδηση της εισαγωγής.  
Το 1% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.
10. Από το 5% των περιστατικών με δερματολογικά προβλήματα:  
Το 1% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με κλάμα.  
Το 0% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με αδιαφορία.  
Το 3% των παιδιών είχε εύκολη αποδοχή στην είδηση της εισαγωγής.  
Το 1% των παιδιών δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής με άρνηση.

Παρατηρούμε ότι τα περιστατικά με λοιμώξεις δέχτηκαν εύκολα την είδηση της εισαγωγής με ποσοστό 56,8%. Παρόμοια ήταν η αντίδραση στα χειρουργικά περιστατικά τα οποία δέχτηκαν εύκολα την είδηση της εισαγωγής σε ποσοστό 56.25%, όπως επίσης και τα δερματολογικά περιστατικά με ποσοστό 60%. Τέλος τα περιστατικά με αναπνευστικό πρόβλημα αντέδρασαν στην είδηση της εισαγωγής με κλάμα με ποσοστό 41.6%.

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ



ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΕΠΗΡΡΕΑΖΕΙ Η ΔΙΑΚΟΣΜΗΣΗ ΤΟΝ ΨΥΧΙΚΟ ΚΟΣΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ



**ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ – ΝΟΜΙΖΕΤΑΙ ΟΤΙ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΔΙΑΚΟΣΜΗΣΗ ΕΝΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΟΝ ΨΥΧΙΚΟ ΚΟΣΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Count

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΔΙΑΚΟΣΜΗΣΗ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΓΡΟΤΙΚΗ	10	5	15
ΑΣΤΙΚΗ	54	7	61
ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	15	9	24
Total	79	21	100

1. Από το 15% των γονέων που διαμένουν σε αγροτική περιοχή :

Το 10% πιστεύει ότι η διακόσμηση του νοσοκομείου επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού.

Το 5% πιστεύει ότι η διακόσμηση του νοσοκομείου δεν επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού.

2. Από το 61% των γονέων που διαμένουν σε αστική περιοχή :

Το 54% πιστεύει ότι η διακόσμηση του νοσοκομείου επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού.

Το 7% πιστεύει ότι η διακόσμηση του νοσοκομείου δεν επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού.

3. Από το 24% των γονέων που διαμένουν σε ημιαστική περιοχή:

Το 15% πιστεύει ότι η διακόσμηση του νοσοκομείου επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού.

Το 9% πιστεύει ότι η διακόσμηση του νοσοκομείου δεν επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού.

Στο παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι γονείς που διαμένουν σε αστική, ημιαστική, αγροτική περιοχή πιστεύουν ότι η διακόσμηση του νοσοκομείου επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού σε ποσοστό 88.5%, 62.5%, 66.6% αντίστοιχα. Από τα παραπάνω αποτελέσματα βλέπουμε ότι οι γονείς πιστεύουν, ανεξάρτητα με τον τόπο διαμονής, ότι η διακόσμηση επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού, με αυξημένο το ποσοστό των γονέων που διαμένουν σε αστική περιοχή.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς που προέρχονται από το ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ (ΠΑ.Γ.ΝΗ) και ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ στις παιδιατρικές κλινικές.

Χρησιμοποιήθηκε για την Έρευνα αυτή ένα τυχαίο δείγμα, το οποίο αναφέρεται στην συνέχεια. Το σύνολο των ερωτηματολογίων της έρευνας και συνεπώς των ασθενών είναι 100. Τα νοσοκομεία αυτά, βέβαια δεν νοσηλεύουν ασθενείς που γεννήθηκαν ή κατοικούν μόνο στο Ηράκλειο & την Κρήτη αλλά και εκτός Κρήτης.

Το συγκεκριμένο θέμα της έρευνας περιλαμβάνει παιδιά και οι ηλικίες κυμαίνονται από 4 έως 12 ετών.

Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν ομαδοποιήθηκαν, κωδικοποιήθηκαν, αναλύθηκαν και αξιολογήθηκαν στατιστικά με τη δοκιμασία της εκατοστιαίας αναλογίας.

Η έρευνα ξεκίνησε από τις αρχές του μήνα Φεβρουαρίου 2004 και ολοκληρώθηκε στα μέσα Μαΐου 2004.

Στην πορεία της έρευνας παρουσιάστηκαν αρκετά προβλήματα που αφορούσαν κυρίως την αρνητική στάση ορισμένων γονέων για τα ερωτηματολόγια. Ελπίζουμε το λίγο χρονικό διάστημα που είχαμε στη διάθεσή μας, καθώς και τη χιλιομετρική απόσταση που μας χώριζε να καταφέραμε να παρουσιάσουμε κάτι σωστό.

Οι κλινικές που επισκεφθήκαμε για την διεξαγωγή της έρευνας ήταν οι εξής: Παιδιατρική κλινική του Βενιζελείου Νοσοκομείου.

Παιδιατρική κλινική του ΠΑΓΝΗ. Παιδοχειρουργική κλινική του ΠΑΓΝΗ.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευμένων παιδιών διακρίνονται σε:

1. ΦΥΛΟ: τα κορίτσια αποτελούν το ποσοστό 51% των νοσηλευόμενων παιδιών ενώ τα αγόρια αποτελούν το ποσοστό 49%.

2. ΗΛΙΚΙΑ: μελετήθηκε δείγμα από 4 έως 12 ετών.

3. ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: παρατηρείται ότι τα παιδιά που διαμένουν σε αστική περιοχή το ποσοστό είναι 61%. Ακολουθούν τα παιδιά που μένουν σε ημιαστική πόλη με ποσοστό 24% και τέλος της αγροτικής περιοχής με ποσοστό 15%.

Ο μέσος όρος νοσηλείας είναι 8-10 ημέρες για τα παθολογικά και χειρουργικά περιστατικά ενώ για τα ορθοπεδικά είναι 4-5- ημέρες.

Επίσης η έρευνα έδειξε ότι τα περισσότερα παιδιά που έχουν ξανά νοσηλευτεί, έχουν εξοικειωθεί με το νοσοκομείο και το προσωπικό του. Βέβαια σε αυτήν την εξοικείωση έχουν συντελέσει αρκετά οι συχνές επισκέψεις στον παιδίατρο από πολύ μικρή ηλικία, και το σχολείο.

Βέβαια υπήρχαν παιδιά (ασθενείς) οι οποίοι δήλωσαν άρνηση στην είδηση της εισαγωγής (8%). Οι ασθενείς αυτοί δήλωσαν άρνηση στην εισαγωγή από το φόβο προς το άγνωστο και προηγούμενη εμπειρία τους. Υπήρχαν και παιδιά που είχαν αρνητική στάση με την είδηση της εισαγωγής, αλλά δεν το αιτιολόγησαν.

Μπορούμε να πούμε ότι η αρνητική στάση των παιδιών στην είδηση της εισαγωγής τους, μπορεί να οφείλεται στην κακή ενημέρωση τους επάνω σε θέματα που έχουν σχέση με το νοσοκομείο, καθώς και από την κακή μεταχείριση σε προηγούμενες νοσηλείες από το νοσοκομειακό προσωπικό.

Η στάση των παιδιών προς τους γονείς, συνήθως δεν μεταβάλλεται μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο ( 45% φυσιολογική στάση). Μερικά παιδιά προσηλώνονται στους γονείς(19%). Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι αυτή παραμένει τον περισσότερο χρόνο κοντά στο παιδί, κατά την διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο.

Τα παιδιά στην πλειοψηφία τους, μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, προσαρμόζονται γρήγορα και κάνουν εύκολα φίλιες (63%) παρά την άσχημη αντίδραση που μπορεί να είχαν στην είδηση της εισαγωγής.



Η συχνότητα που γίνεται μπάνιο στο νοσοκομείο εξαρτάτε από την αρρώστια του παιδιού. Πολλοί γονείς βέβαια φοβούνται να κάνουν μπάνιο στο παιδί τους και κυρίως όταν αυτό είναι βρέφος. Το μπάνιο στο νοσοκομείο γίνεται κατά κύριο λόγο από τους συνοδούς (90%), αφού σχεδόν όλα τα παιδιά έχουν κάποιον από τους γονείς κοντά τους.

Στην χώρα μας δεν έχουν καταλάβει ακόμη ότι τα μέσα ψυχαγωγίας βοηθάνε πολύ στην καλή προσαρμογή του παιδιού στο νοσοκομείο καθώς επίσης και στην θεραπεία του.

Πρέπει να πούμε ότι τα περισσότερα παιδιά φέρνουν στο νοσοκομείο δικά τους παιχνίδια, βιβλία, τηλεόραση κ.λ.π. επειδή τα περισσότερα νοσοκομεία δεν τους τα προσφέρουν.

Επειδή ως γνωστόν η απασχόληση βοηθάει το παιδί να ξεχνάει τα προβλήματα της νοσηλείας του, είναι απαραίτητη η αύξηση των μέσων και των χώρων ψυχαγωγίας στα νοσοκομεία.

Αυτά τα μέσα ψυχαγωγίας θα έπρεπε να βρίσκονται σε ειδικές αίθουσες που θα μπορούν να επισκέπτονται τα παιδιά ότι ώρα θέλουν.

Οι αίθουσες ψυχαγωγίας θα έπρεπε να εξασφαλίζουν την ακίνδυνη διαμονή των παιδιών σε αυτές να έχουν ωραία θέα να είναι διακοσμημένες με έντονα χρώματα.

Επίσης σήμερα οι γονείς δεν προσπαθούν να φοβίσουν ή να τιμωρήσουν τα παιδιά τους με την περιγραφή της ένεσης ή με επίσκεψη στο γιατρό (78%). Έτσι υπάρχουν αρκετά παιδιά που συνεργάζονται με το νοσηλευτικό αλλά και με το ιατρικό προσωπικό.

Πολλοί ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους κράτησαν αρνητική στάση (20%) προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι ασθενείς αυτοί σαν αιτία δήλωσαν την απότομη συμπεριφορά του προσωπικού και την μη ενημέρωση τους σχετικά με την νοσηλεία τους. Αλλά παιδιά είχαν κάποιο φόβο προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους και δεν ήταν συνεργάσιμα (28%).

Σαν αιτία φόβου δήλωσαν προηγούμενη εμπειρία τους, καθώς και αυτή την άσπρη μπλούζα το σύμβολο του νοσηλευτικού προσωπικού. Σε αυτό πρέπει η χώρα μας να ακολουθήσει την τακτική που ακολούθησε με επιτυχία στο εξωτερικό, όπου το προσωπικό στα παιδιατρικά νοσοκομεία φοράει στολές με διάφορα χρώματα (κυρίως ροζ).

Από την έρευνα βρέθηκε ότι τα περισσότερα παιδιά θα ήθελαν τη μητέρα τους στο θάλαμο την ώρα της νοσηλεία τους (84%). Υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό που δεν ήθελαν την μητέρα τους στο

θάλαμο την ώρα της νοσηλείας γιατί είναι μεγάλα παιδιά και δεν φοβούνται.

Τα περισσότερα παιδιά παρά το ότι είχαν τους γονείς κοντά τους παρουσίασαν προβλήματα διαμονής αλλά και προσαρμογής στο νοσοκομείο (58%).

Αυτό όμως μπορεί να οφείλεται στην φύση της αρρώστιας του παιδιού. Ένα μεγάλο παιδί καταλαβαίνει πιο πολλά για την ασθένεια του, τη φύση της, την σοβαρότητα της κατάστασης του, την ανάγκη νοσηλείας του και κατά συνέπεια μπορεί να επηρεαστεί περισσότερο εάν η ασθένεια του είναι σοβαρή. Αυτό το παιδί μπορεί να συζητήσει και να καταλάβει πιο πολύ τη θεραπεία του. Όλα αυτά βέβαια εξαρτώνται και από το χαρακτήρα του κάθε παιδιού. Τις περισσότερες φορές ο χαρακτήρας είναι εκείνος που καθορίζει την αντίδραση κάθε παιδιού.

Βέβαια οι γονείς από την πλευρά τους παίζουν κάποιο ρόλο στον τρόπο αντίδρασης του παιδιού τους. Με την είσοδο στο νοσοκομείο γίνονται υπερπροστατευτικοί και να κάνουν όλα τα χατίρια του όσο παράλογα και να είναι. Βέβαια το μικρό παιδί δεν μπορεί να συνειδητοποιήσει την κατάσταση του ούτε και να καταλάβει όσα γίνονται γύρω του.

Η συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους γονείς παρουσιάζεται με διάφορες μορφές από άψογη μέχρι προβληματική. Όσον αφορά την προβληματική συνεργασία, η ένταση και η αγωνία των γονέων για την κατάσταση του παιδιού τους μπορεί να τους οδηγήσει σε παράλογες απαιτήσεις. Αλλά και ο φόρτος εργασίας μπορεί να οδηγήσει το νοσηλευτικό προσωπικό σε σύγκρουση με τους γονείς των παιδιών, όταν αυτοί γίνονται πολύ απαιτητικοί. Οι παράξενες καμιά φορά απαιτήσεις και η ένταση από την πλευρά των γονέων, καθώς η αδιαφορία και η αδυναμία εξυπηρέτησης από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι συνήθως οι αιτίες παρεξήγησης.

Οι γονείς πρότειναν ορισμένα μέσα ψυχαγωγίας που είναι με σειρά προτίμησης:

1. Διάφορα παιχνίδια ανάλογα με την ηλικία του παιδιού.
2. Τηλεόραση για να μην παρατηρείται το φαινόμενο κάθε παιδί να φέρνει την δικιά του τηλεόραση.
3. Βιβλία
4. Μέσα ζωγραφικής (Ξέρουμε ότι η απασχόληση με τα χρώματα πάντοτε άρεσε στα παιδιά.  
Επίσης με τη ζωγραφική εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους)
5. Περιοδικά
6. Ηλεκτρονικά παιχνίδια.

7. Παιδικό θέατρο.
8. Βίντεο για να μπορούν να βλέπουν ταινίες σχετικές με τις παιδικές αρρώστιες που θα βοηθούσε στην προαγωγή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
9. Ραδιόφωνο.

#### ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΑΣ ΕΙΝΑΙ :

1. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι κάτοχος της παιδιατρικής ειδικότητας, ώστε να εφαρμόζει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε άρρωστα παιδιά.
2. Η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία παιδών είναι απαραίτητη για την άνοδο του επιπέδου της νοσηλευτικής φροντίδας.
3. Η συμπεριφορά του νοσοκομειακού προσωπικού προς τα παιδιά πρέπει να είναι ανάλογη με την ηλικία του κάθε παιδιού.
4. Η ύπαρξη αρκετών ψυχαγωγικών μέσων στο νοσοκομείο βοηθάει τα παιδιά να προσαρμοστούν στο νέο περιβάλλον και να δεχτούν την νοσηλεία με πιο ήπιο τρόπο.
5. Τα παιδιά με τις ίδιες ασθένειες καλό είναι να νοσηλεύονται στον ίδιο θάλαμο.
6. Η μη εξοικείωση των παιδιών με τεχνικά μέσα που χρησιμοποιούνται στο νοσοκομείο έχει σαν αποτέλεσμα την μη συνεργασία τους με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.
7. Όπου είναι δυνατό να εφαρμόζεται η νοσηλεία στο σπίτι και να αποφεύγεται η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ.

Με την εργασία μας αυτή παρουσιάζουμε τα προβλήματα του παιδιού μέσα στο νοσοκομείο αλλά και τη θέση – ρόλο της μητέρας σε αυτά αλλά και προτάσεις εξάλειψης αυτών των προβλημάτων ή της μείωσή τους. Είναι σημαντικό να γίνει συνειδητοποιηθεί η ανάγκη μείωσης του χρόνου διαμονής των παιδιών στο νοσοκομείο (στην έρευνά μας ποσοστό 47% δήλωσε ότι προτιμά την νοσηλεία να γίνεται στο σπίτι) και επίσης η σημασία των συναισθηματικών αναγκών που κυριαρχούν στο παιδί κάτι το οποίο στο παρελθόν δεν θεωρούνταν σημαντικό.

Η αρρώστια για το παιδί είναι μια πρωτόγνωρη κατάσταση και η οικογένεια είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ασθένειας και της νοσοκομειακής νοσηλείας του παιδιού. Το άγνωστο νοσοκομειακό περιβάλλον δημιουργεί άγχος που έχει επιπτώσεις στην συμπεριφορά του παιδιού αλλά και ορισμένες αντιδράσεις στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού, αναγκαίο στην μείωση των αρνητικών αντιδράσεων είναι η παρουσία της μητέρας του παιδιού. Το 84% των παιδιών δήλωσαν ότι θα ήθελαν τη μητέρα τους στο θάλαμο την ώρα της νοσηλείας.

Ένας ακόμα βασικός παράγοντας για τις ψυχολογικές αντιδράσεις του παιδιού είναι η διακόσμηση και η οργάνωση του χώρου σε ένα Παιδιατρικό νοσοκομείο /κλινική, σε αυτό συμφώνησε κ ένα μεγάλο ποσοστό 79% μητέρων της έρευνας μας.

Η Παιγνιοθεραπεία επίσης, όπου εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στο Νοσοκομείο Παίδων ‘Αγλαΐα Π. Κυριακού’, βοηθάει το παιδί να ξεπεράσει τα δυσάρεστα συναισθήματά του, τις αγωνίες και τους φόβους του όπως αποδείχθηκε από παλιότερες έρευνες.

Το μεγαλύτερο όμως ρόλο στην ψυχολογία του παιδιού τον έχει η μητέρα η οποία πολλές φορές μεταδίδει το άγχος της στο παιδί. Γονείς από αγροτικές και ημιαστικές περιοχές εμφάνισαν με αρκετά μεγάλο ποσοστό, 60% και 37% αντίστοιχα, φόβο στην είδηση της εισαγωγής. Παρατηρήσαμε επίσης ότι ρόλο στις αντιδράσεις των παιδιών έχουν και οι γραμματικές γνώσεις της μητέρας, όπου μητέρες με Πανεπιστημιακή εκπαίδευση το 100% των παιδιών τους είχαν εύκολη αποδοχή στην είδηση της εισαγωγής. Η μητέρα επηρεάζει το παιδί άμεσα είτε θετικά είτε αρνητικά ανάλογα με το πως η ίδια αντιλαμβάνετε την αρρώστια και την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ :

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ :

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ :

ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ :

- 1.α. Έχει νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο ;  
ΝΑΙ ( ) ΟΧΙ ( ) Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ ( )
- β. Πόσες φορές ;
- γ. Από το ίδιο νόσημα ;  
ΝΑΙ ( ) ΟΧΙ ( ) Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ ( )
- 2.α. Γραμματικές γνώσεις του πατέρα :  
Αγράμματος ( )  
Δημοτικό 1, 2, 3, 4, 5, 6  
Γυμνάσιο-Λύκειο 1, 2, 3, 4, 5, 6  
Μέση - Τεχνική εκπαίδευση ( )  
Ανώτερη εκπαίδευση ( )  
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση ( )  
Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ ( )
- β. Γραμματικές γνώσεις της μητέρας :  
Αγράμματος ( )  
Δημοτικό 1, 2, 3, 4, 5, 6  
Γυμνάσιο-Λύκειο 1, 2, 3, 4, 5, 6  
Μέση - Τεχνική εκπαίδευση ( )  
Ανώτερη εκπαίδευση ( )  
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση ( )  
Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ ( )
- 3.α. Πως δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής ;  
Κλάμα ( ) Αδιαφορία ( )  
Εύκολη αποδοχή ( ) Άρνηση ( )  
Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ ( )
- β. Αν άρνηση γιατί ;

4. Πως αντέδρασε όταν έγινε η εισαγωγή ;  
 Κλάμα ( )                      Διαφορία ( )  
 Πανικό ( )                      Κατάθλιψη ( )  
 Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
5. Ποια ήταν η στάση προς τους γονείς μετά την εισαγωγή ;  
 Εχθρική ( )                      Αρνητική ( )  
 Αδιάφορη ( )                      Φυσιολογική ( )  
 Προσήλωση μόνο στον ένα γονέα ; ( )  
 Προσήλωση και στους δυο γονείς ; ( )  
 Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
6. Κάνει εύκολα φιλίες ;  
 ΝΑΙ ( )      ΟΧΙ ( )      Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- 7.α. Ποία είναι η στάση προς τους γιατρούς ;  
 Συνεργασία ( )      Άρνηση ( )      φόβο ( )      Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- β. Αν άρνηση, γιατί ;
- γ. Αν φόβο, γιατί ;
- 8.α. Ποια είναι η στάση προς το νοσηλευτικό προσωπικό με την είδηση της νοσηλείας ;  
 Συνεργασία ( )      Άρνηση ( )      φόβο ( )      Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- β. Αν άρνηση, γιατί ;
- γ. Αν φόβο, γιατί ;
9. Του αρέσει το φαγητό που του δίνουν ;  
 ΝΑΙ ( )      ΟΧΙ ( )      Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- 10.α. Πόσο συχνά γίνεται το μπάνιο στο νοσοκομείο ;  
 Κάθε πρωί ( )                      2-3 φορές την εβδομάδα ( )  
 Όποτε είναι ανάγκη ( )      Ποτέ ( )      Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- β. Ποιος το κάνει ;  
 Ο συνοδός ή ο ίδιος ο ασθενής ( )  
 Νοσηλευτικό προσωπικό ( )  
 Σπουδαστές σχολών ( )  
 Πρακτικές νοσοκόμες ( )  
 Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

11. Υπάρχουν στο νοσοκομείο παιχνίδια (η άλλοι τρόποι απασχόλησης), για να περνά ευχάριστα η ώρα του ;  
 ΝΑΙ ( ) ΟΧΙ ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- 12.α. Θα ήθελε να γνωρίσει παιδιά στο νοσοκομείο που έχουν την ίδια αρρώστια ;  
 ΝΑΙ ( ) ΟΧΙ ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- β. Αν ναι, γιατί ;
- γ. Αν όχι, γιατί ;
13. Ποια η αντίδραση στην πρώτη νοσηλεία ;  
 Κλάμα ( ) Ταραχή ( )  
 Αδιαφορία ( ) Άρνηση ( )  
 Φυσιολογική ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- 14.α. Άλλαξε η αντίδραση στις νοσηλείες των επόμενων ημερών ;  
 ΝΑΙ ( ) ΟΧΙ ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- β. Αν ναι, γιατί ;
- γ. Αν όχι, γιατί ;
15. Προσπάθησαν ποτέ οι γονείς να τιμωρήσουν με την περιγραφή της ένεσης ή με την περιγραφή στον γιατρό ;  
 ΝΑΙ ( ) ΟΧΙ ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- 16.α. Θα ήθελε τη μητέρα του στον θάλαμο την ώρα της νοσηλείας ;  
 ΝΑΙ ( ) ΟΧΙ ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- β. Αν ναι, γιατί ;
- γ. Αν όχι, γιατί ;
17. Αποχωρίστηκε ποτέ από τους γονείς του ;  
 ΝΑΙ ( ) ΟΧΙ ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
18. Είχε επισκεφθεί νοσοκομείο πριν από αυτή την εισαγωγή ;  
 ΝΑΙ ( ) ΟΧΙ ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- 19.α. Θα προτιμούσε η νοσηλεία να γίνει στο σπίτι ή στο νοσοκομείο ;  
 Σπίτι ( ) Νοσοκομείο ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )
- β. Αν σπίτι, γιατί ;

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ.

1. Πώς αντιδράσατε στην είδηση της εισαγωγής του παιδιού στο νοσοκομείο;  
Φόβο ( ) Πανικό ( ) Σιγουριά ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

2. α. Άλλαξε η συμπεριφορά προς το παιδί μετά την εισαγωγή;  
ΝΑΙ ( ) ΟΧΙ ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

β. Πώς;

Υπέρμετρη προστατευτικότητα ( ) Εφησυχασμός ( ) Ενθάρρυνση ( )  
Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

3. α. Νιώθετε σιγουριά μέσα στο νοσοκομείο;  
ΝΑΙ ( ) ΟΧΙ ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

β. Αν ναι, γιατί;

γ. Αν όχι, γιατί;

4. α. Έχει το παιδί αντιδράσεις που εμφανίστηκαν μετά την εισαγωγή;  
ΝΑΙ( ) ΟΧΙ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

β. Ποιες;

Δυσκολίες ύπνου ( )

Ανορεξία ( )

Φοβίες ( )

Νευρικότητα ( )

Επιθετικότητα ( )

Λιγότερη αυτονομία ( )

Γενική επιβράδυνση στην ψυχοσωματική εξέλιξη ( )

Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

5. Πιστεύετε ότι θα γίνονταν η ασθένεια πιο εύκολα αποδεκτή σε μεγαλύτερη ηλικία;

ΝΑΙ( ) ΟΧΙ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

6. Ήσασταν ενημερωμένοι για θέματα ιατρικά πριν από την εισαγωγή;  
ΝΑΙ( ) ΟΧΙ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

7. α. Θα επισκεπτόσασταν μαζί με το παιδί τον παιδοψυχολόγο του νοσοκομείου, αν παρατηρούσατε αλλαγή στην συμπεριφορά του μετά την εισαγωγή;  
ΝΑΙ( ) ΟΧΙ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

β. Αν όχι, γιατί;



8. Νομίζεται ότι η διακόσμηση ενός νοσοκομείου επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού ;

ΝΑΙ( ) ΟΧΙ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

9.α. Διαθέτει το νοσοκομείο μέσα ψυχαγωγίας για το παιδί ;

ΝΑΙ( ) ΟΧΙ( ) Δεν γνωρίζω/ Δεν Απαντώ ( )

β. Θα μπορούσατε να προτείνεται τρόπους ψυχαγωγίας που θα μπορούσαν να βοηθήσουν

το δικό σας παιδί στην καλύτερη προσαρμογή και διαμονή ;

10. Υπάρχει καλή συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συνοδούς των παιδιών ;

ΝΑΙ( ) ΟΧΙ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

11.α . Πιστεύετε ότι το ιδιωτικό νοσοκομείο μπορεί να προσφέρει καλύτερη νοσηλεία ;

ΝΑΙ( ) ΟΧΙ( ) Δεν γνωρίζω/ Δεν Απαντώ ( )

β. Αν ναι , γιατί;

12 . Έχετε κάποια προβλήματα από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού;

ΝΑΙ( ) ΟΧΙ( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

Ποια είναι αυτά;

13. α. Η ασθένεια του παιδιού σας, δημιούργησε πρόβλημα στην οικογένεια σας ;

Ναι( ) Όχι( ) Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

β. Ποία είναι αυτά;

Οικονομικά προβλήματα ( )

Παραμέληση συζύγου( )

Παραμέληση των άλλων παιδιών ( )

Δεν Γνωρίζω\ Δεν Απαντώ ( )

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ασπιώτη ΑΡ: Το παιδί και ο ψυχικός του κόσμος. Εκδόσεις Γαληνάκη. Αθήνα 1959.

Bergamaschi Valeria: Η ανάπτυξη του φυσιολογικού παιδιού. Υγεία , Οδηγός Υγιεινής, τόμος 2<sup>ος</sup> , εκδόσεις δομική σελ. 240 – 243 , Αθήνα 1989.

Claypool Shirley: New hospital is a childrens' world-hospital. London 1968 ρ. 40.

Herman S ,Belmont MD: Hospitalization and its effects upon the total child. Clinical Pediatrics vol. 9 , No 8 ,Samuel & Radbill MD, Philadelphia, August 1990, ρρ. 472-484.

Καλαντζή-Αζίζη ΑΝ: Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις Μαυρομάτη. Αθήνα 1988.

Καττάμης Χ: Ατυχήματα στην παιδική ηλικία. Νοσηλευτικά προβλήματα. Δελ α παιδ. κλ .παν. Αθηνών. Τόμος 29 Τεύχος 2. Ετήσια έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών, σελ. 102-110. Αθήνα 1982.

Lindquist Ivonny: Η παιγνιοθεραπεία στο νοσοκομείο. Τίτλος πρωτοτύπου: Terapi genom lek. Μετάφραση: Τζόλα Θεοδώρα. Εκδόσεις Ρευμόνδος. Αθήνα 1989.

Brinetier Aron-Romber :Με παιχνίδια θεραπεύονται τα άρρωστα παιδιά. Εφημερίδα Νέα 11-12-82 , σελ. 33.

Νασιάκου Μαρία: Η ψυχολογία σήμερα. Κλινική ψυχολογία. Τόμος 2ος. Εκδόσεις Παπαζηση. Αθήνα 1982.

Nicols A. Keith: Psychological care by nurses paramedical and

Medical staff: Essential development.s for the general hospitals. The British Journal of Medical Psychology. Edition by the British Psychological society. vol. 58 , London 1985 , PP 231-233.

Παπαοικονόμου-Αποστολοπούλου Αικ.: Αποστολή και Λειτουργία τμημάτων νοσοκομείου. Τόμος IV. Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων. Αθήνα 1989.

Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης: Κλινική ψυχολογία (διάγνωση πρόληψη και θεραπεία ψυχικών διαταραχών). Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα 1988.

Πατιστέα Ευαγγελία: Πεποιθήσεις και συμπεριφορά υγείας των αδελφών διαβητικών παιδιών και των αδελφών υγιών παιδιών. ΙΖ' Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Πρακτικά 1990. Εκδόσεις ASCENT ΕΠΕ. Αθηνά 8-10 Μαΐου 1990 σελ. 185-188.

Petrillo M: Emotional care of the hospitalised child. J.B. Lippincott. Philadelphia 1972 ρ. 178.

Πουλοπούλου Μαρία: Επιπτώσεις νοσοκομείου στο παιδί. Σημειώσεις παιδιατρικής νοσηλευτικής. Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 1989 σελ 14-30.

Ραγιά Αφρ: Η συμβολή της οικογένειας στην ψυχική υγεία του παιδιού.

ΙΓ' Πανελλήνιο Νοσηλευτικό συνέδριο. Πρακτικά 1986. Εκδόσεις ΒΗΤΑ  
Σέρρες 20-22 Μαΐου 1986 σελ. 152-161.

Ratner Jozef: Ατομική ψυχολογία. Μετάφραση Γ. Βαμβαλή. Εκδόσεις  
Μπουκουμάκη. Αθήνα 1970.

Reynolds D: When the child goes into hospitals let the mother go in too.  
Nursing mirror. Nov. 2 , 1978 , ρρ. 15-18.

Rossant Laionel: Η νοσηλεία των παιδιών στο νοσοκομείο. Μετάφραση  
Χριστοπούλου Β.Π. Εκδόσεις Χατζηνικολή. Αθήνα 1988.

Σακελλάριος Γ: Ψυχολογία του παιδός. Τόμος 2ος. Εκδόσεις Γαληνάκη.  
Αθήνα 1935

Σμύρνωφ Βίκτωρ: Η ψυχανάλυση του παιδιού. Εκδόσεις Γκοβόστης  
Αθήνα 1977.

Στρατηγάκη Ε: Βασικές αρχές και κριτήρια αξιολόγησης στην  
παιδιατρική νοσηλευτική. Ή Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό συνέδριο.  
Πρακτικά 1981. Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα 12-14 Μαΐου 1981 . 144-148.

Teiman Y Beu RM Lerman M: Anxiety reaction of hospitalised children.  
The British Journal of Medical Psychology. vol. 59 Part 4. Edition by the  
British Psychological Society. London December 1986 ρρ. 375-387.

Χατζηνάνου-Αντωνοπούλου Π: Παιδιατρική νοσηλευτική και μονάδες.  
Παιδιατρική Νοσηλευτική. ΙΒ' Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό  
Συνέδριο. Πρακτικά 1985. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 14-16 Μαΐου 1985  
σελ. 189-197.

Αρρώστιες και νοσογόνες οικογένειες. «πρακτικά από το δεύτερο  
Μετεκπαιδευτικό διήμερο» 1987