

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ  
Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ»

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:**  
**ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:**  
**ΠΑΥΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2003

## ΣΚΟΠΟΣ

Μέσα στο πλαίσιο «Φροντίδα Υγείας» η Φροντίδα του παιδιού κατέχει ξεχωριστή θέση.

Τα παιδιά πρέπει ν' αντιμετωπίζονται ως άτομα με δική τους προσωπικότητα και με ιδιαίτερες ανάγκες.

Η φροντίδα του παιδιού που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο σχεδιάζεται με βάση όλες του τις ανάγκες, σωματικές, ψυχικές, αναπτυξιακές καθώς και τις ανάγκες της οικογένειας.

Η χειρουργική παρέμβαση θεωρείται η πιο τραυματική εμπειρία για τα παιδιά. Τόσο οι ψυχολογικές όσο και οι φυσικές απόψεις της φροντίδας είναι πολύ σημαντικές για την προσαρμογή του παιδιού και την ανάρρωσή του.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαθέσει πολύ χρόνο στο παιδί ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία του.

Η αγάπη για τα παιδιά ήταν το κίνητρο για την επιλογή του θέματος της πτυχιακής εργασίας. Σκοπός είναι να μάθουμε πως σχεδιάζεται, παρέχεται, εξελίσσεται και ολοκληρώνεται μια επιτυχημένη νοσηλευτική φροντίδα χειρουργημένων παιδιών, στηριζόμενοι στη ποιότητα επικοινωνίας, όπου μαζί με τις κλινικές επιδεξιότητες θα προσφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, την ομαλή αποκατάσταση της υγείας των παιδιών. Θα εξετάσουμε το ρόλο της νοσηλεύτριας και τις ικανότητες να συλλαμβάνει να κατανοεί και να χειρίζεται σωστά τα προβλήματα που απειλούν τη σωματική και ψυχική άνεση του παιδιού, μεταγγίζοντας στην αγνή καρδιά του αγάπη, πίστη και ελπίδα, ώστε να μειωθούν στο ελάχιστο οι φόβοι του και να σταθεί ξανά στα πόδια του γερό και δυνατό, χάρη στην επιλεγμένη νοσηλευτική φροντίδα μας η οποία πάντα θα συντονίζεται με το ιατρικό θεραπευτικό πρόγραμμα.

## ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Το παιδί σε αντίθεση με τους ενήλικες δεν είναι σε θέση να καταλάβει πλήρως την αναγκαιότητα και χρησιμότητα της νοσηλείας όταν αρρωστήσει. Να καταλάβει δηλαδή για ποιο λόγο αρρώστησε, γιατί πρέπει να εγχειριστεί ή να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη θεραπεία και γιατί θα πρέπει να μείνει σ' ένα μη οικείο χώρο όπου θα πρέπει να το φροντίζουν "άγνωστοι". Επιπλέον το επίπεδο της ωριμότητας του τόσο της συναισθηματικής όσο και της νοητικής δεν του επιτρέπει να επεξεργαστεί εσωτερικά τις διάφορες εμπειρίες που βιώνει.

Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται και δίνει νόημα στην ασθένεια και τον πόνο που τη συνοδεύει είναι πολύ σημαντική για την συνολική επαρκή αξιολόγηση της όλης κατάστασης του παιδιού. Αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται να κατανοήσουμε πως το παιδί αναπτύσσει την αντίληψη του κόσμου γενικά δηλαδή το επίπεδο της γνωστικής του ανάπτυξης και τους παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν.

Προκειμένου να καταλάβουμε καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο το παιδί βιώνει την ασθένεια είναι απαραίτητο "να μπούμε μέσα στο αναπτυσσόμενο του μυαλό" και να επικοινωνήσουμε μαζί του στο δικό του επίπεδο κατανόησης, κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων των σχετικών με τη φροντίδα του. Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζονται στοιχεία από έρευνες που αποσκοπούν να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν τη γνωστική ανάπτυξη του παιδιού καθώς και την αντίληψή του για την ασθένεια γενικότερα και τον πόνο ειδικότερα.

## Γνωστική ανάπτυξη των παιδιών

Η πιο περιεκτική και ευρέως αποδεκτή θεωρία σχετικά με την γνωστική ανάπτυξη των παιδιών είναι η θεωρία του Piaget. Σύμφωνα με αυτή, υπάρχει μια σειρά από γνωστικά επίπεδα δια μέσου των οποίων τα παιδιά αναπτύσσονται. Ο Piaget εγκαινίασε την έννοια του οργανισμού (το παιδί) που επιδρά στο περιβάλλον και ταυτόχρονα επηρεάζεται από αυτό. (Piaget, 1983).

Η διέλευση των παιδιών από τα στάδια της γνωστικής ανάπτυξης σύμφωνα με τον Piaget, εμπλέκει δύο κύριους μηχανισμούς: την **αφομοίωση** (όταν τα παιδιά ενσωματώνουν νέες πληροφορίες στην ήδη υπάρχουσα γνώση τους), και την **προσαρμογή** (όταν προσαρμόζονται τα ίδια και οι εικόνες που έχουν για τον κόσμο, στο φως νέων πληροφοριών). Τα παιδιά χρησιμοποιούν τις πληροφορίες για να δημιουργήσουν και να αναπτύξουν **σχήματα** μέσω των παραπάνω μηχανισμών. **Σχήματα** είναι αντιλήψεις για κάποιες πλευρές του κόσμου και περιλαμβάνουν ομάδες κανόνων σχετικούς με τους τρόπους που σχετίζονται μαζί του. Προσθέτοντας στα ήδη υπάρχοντα σχήματα, ή αναπτύσσοντας καινούργια το παιδί είναι σε θέση να διατηρήσει μια κατάσταση ισορροπίας ή μιας συνεχώς προσαρμοζόμενης ισορροπίας με το περιβάλλον.

Άλλες σημαντικές πτυχές της θεωρίας του Piaget είναι ο ρόλος της δράσης και της εμπειρίας, ο ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος και επίσης ο ρόλος της γλώσσας και συμβολική αναπαράσταση του περιβάλλοντος και τελευταία η αποκέντρωση, που είναι, η αναπτυσσόμενη ικανότητα μετακίνησης από μια πλευρά/όψη, σε μια άλλη, και να δει τα πράγματα από κάποιου άλλου τη σκοπιά.

Ο Piaget περιέγραψε τέσσερα κύρια στάδια γνωστικής ανάπτυξης: Το αισθητήριο κινητικής νοημοσύνης, το προενεργητικής νοημοσύνης,

ενεργητικής νοημοσύνης, και τυπικών νοητικών διεργασιών. Το στάδιο αισθητήριο κινητικής νοημοσύνης περιλαμβάνει την ανάπτυξη των βασικού αισθητικοκινητικού ελέγχου, και χειρισμού του περιβάλλοντος με απλή κατανόηση αιτίας και αποτελέσματος και επίλυσης προβλημάτων. Στο στάδιο της προενεργητικής νοημοσύνης, τα παιδιά είναι κυρίως εγωκεντρικά (δεν έχουν μεγάλη ικανότητα αποκέντρωσης) και βλέπουν τον κόσμο με απόλυτο τρόπο. Η σκέψη των παιδιών είναι κυριολεκτική, συγκεκριμένη, και προσανατολισμένη στο παρόν. Παρ' όλα αυτά, πραγματοποιούνε μεγάλα βήματα στην ανάπτυξη της γλώσσας και της ικανότητας να χρησιμοποιούνε σύμβολα προκειμένου να αναπαραστήσουν το περιβάλλον. Αναπτύσσουν επίσης τις βασικές λειτουργίες με τις οποίες μπορούν να χειριστούν αυτές τις αναπαραστάσεις της πραγματικότητας, βασισμένα στις πρακτικές λειτουργίες που έχουν μάθει μέσω αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον.

Στο στάδιο **ενεργητικής νοημοσύνης** τα παιδιά αναπτύσσουν την ικανότητα τους να αποκεντρώνονται, και μπορούν να διαχωρίσουν τον εαυτό τους από τους άλλους. Γίνονται ικανότερα να ταξινομούν, επιλύουν, και να οργανώνουν τις πληροφορίες για τον κόσμο. Είναι σε θέση να βλέπουν τα πράγματα σχετικά παρά απόλυτα. Τα παιδιά σ' αυτό το στάδιο μπορούν να επιλύσουν προβλήματα με τη δοκιμή και το λάθος και η λογική τους σκέψη είναι επαγωγική. Η γλώσσα συνεχίζει να αναπτύσσεται αλλά η χρήση της παραμένει σχετική με τη βιωμένη πραγματικότητα. Όσο τα παιδιά εξελίσσονται, η ικανότητα τους να χειρίζονται αφηρημένες έννοιες αυξάνει και ο ρόλος της γλώσσας και συμβολικής αναπαράστασης γίνεται πιο σπουδαίος. Μπορούν να αναπτύξουν υποθέσεις σχετικά με νέες πιθανότητες. Αυτό είναι το στάδιο **τυπικών νοητικών διεργασιών**.

Σύμφωνα με τον Piaget, υπάρχουν σχετικά σταθερές ηλικίες κατά τις οποίες τα παιδιά εισέρχονται σε κάθε στάδιο. Βέβαια, υπάρχουν

πολλές αμφισβητήσεις αυτής της θέσης και πολλές έρευνες που αποδεικνύουν ότι τα στάδια του Piaget μπορούν να επιτευχθούν νωρίτερα από ότι υποστήριζε ο Piaget (π.χ. Donaldson 1978, Case 1993, Flavell 1992, Sandrock 1995). Επιπλέον, μερικά άτομα επιτυγχάνουν δύσκολα ή ποτέ το τελευταίο στάδιο της ικανότητας για αφηρημένη λογική σκέψη, παραμένοντας ή επιστρέφοντας σε προηγούμενα στάδια.

### **Αντίληψη των παιδιών για την υγεία και την αρρώστια**

Υπάρχουν αποδείξεις ότι η αντίληψη των παιδιών για την υγεία και/ή την αρρώστια, αναπτύσσονται με έναν τρόπο ο οποίος αντανακλά ότι περιγράφηκε παραπάνω, (π.χ. Bibace and Walsh, 1980, 1981, Brewster, 1982). Πολλές έρευνες έχουν βασιστεί σε μοντέλα της γένεσης και ανάπτυξης αιτιολογικών σχέσεων. Οι συνεντεύξεις που δόθηκαν από τα παιδιά αποτελούνταν από μία σειρά ερωτήσεων σταθερών δια μέσου των υποκειμένων. Περαιτέρω διερεύνηση γινόταν στις περιπτώσεις που οι απαντήσεις των παιδιών ήταν ασαφείς αραιές ή όχι ξεκάθαρες. Βρέθηκαν τα ακόλουθα είδη ερμηνείας της αρρώστιας:

**Προ-λογικές** (Pre-logical) που χρησιμοποιούν *φαινομενισμό* (phenomenism) (η απόδοση της αιτίας σε ένα μακρινό εξωτερικό φαινόμενο το οποίο θα μπορούσε να είναι οτιδήποτε ανάμεσα στα βιώματα του παιδιού, ή απλά «άγνωστη»), και *μετάδοση/μόλυνση* (Contagion) (η απόδοση της αιτίας σε κάποιον ή κάτι κοντινό, φυσικά κοντά).

**Συγκεκριμένες λογικές** (Concrete-logical) που χρησιμοποιούν τη *μόλυνση* (contamination) (από φυσική επαφή ή την πραγματοποίηση μίας μολυσματικής πράξης) και την *εσωτερικοποίηση* (internalization) (η εξωτερική αιτία λαμβάνεται μέσα στο σώμα- εισπνέοντας ή καταπίνοντας).

**Τυπικά-λογικές** (Formal-logical) όπου οι αντιδράσεις αναφέρονται σε φυσιολογικές ή ψυχοφυσιολογικές ερμηνείες οι οποίες περιλαμβάνουν αφηρημένες έννοιες για τη δομή και λειτουργία των μερών του σώματος και τους προκλητικούς της αρρώστιας παράγοντες.

Έχουν καταγραφεί επιπλέον επίπεδα ερμηνείας τα οποία εξελίσσονται μέσω ανθρώπινης ενέργειας (human action) και φυσικών αιτιών (physical causes) σε πολλαπλές αιτίες (multiple causes) και αλληλεπιδράσεις (interactions) (Brewster, 1982).

### **1.1. Η εισαγωγή και παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο**

Τα **προβλήματα συμπεριφοράς** που παρουσιάζουν τα παιδιά ως ασθενείς έχουν ερευνηθεί πολύ διεξοδικά (BIERMANN, 1976, 1978, 1979, SCHANDL και LUSCHENKOHL 1980, ΚΑΛΑΝΤΖΗ, 1972). Η επίδραση του στρες, το οποίο δημιουργείται από το άγνωστο περιβάλλον «Νοσοκομείο» και τα άγνωστα πρόσωπα του νοσηλευτικού προσωπικού δεν έχει επιπτώσεις μόνο στην εξωτερικευμένη συμπεριφορά αλλά όπως πολλές έρευνες έχουν αποδείξει γίνονται ακόμα και εμφανείς αλλοιώσεις στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού.

Ο KNIGHT και οι συνεργάτες του απέδειξαν την αύξηση της κορτιζόλης δυο βδομάδες πριν από την εγχείρηση, μια μέρα πριν και μια μέρα μετά. Τα παιδιά που είχαν τη δυνατότητα να πληροφορηθούν και να επεξεργασθούν σιγά, σιγά την είδηση, πως πρέπει να εγχειρισθούν, δεν έδειξαν μεγάλη διαφορά πριν και μετά την εγχείρηση. Όσα όμως ήταν απροετοίμαστα παρήγαν πολύ μεγάλες ποσότητες κορτιζόλης. Ο δυσμενής αντίκτυπος της αυξημένης έκκρισης είναι γνωστός (έλκος).

Άλλες έρευνες πάλι απέδειξαν ότι ακόμη και οι νοητικές ικανότητες (μετρήσεις με τεστ νοημοσύνης) παρουσιάζουν μια παροδική «**αλλοίωση**», μέχρι βαθμού κάτω του φυσιολογικού.

Υπάρχουν πολλές θεωρίες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν αυτή την **αντίδραση σε στρες** (= άγνωστο περιβάλλον).

**α)** Η πιο παλιά θεωρία είναι του SPITZ (1945, 1946), που βασίζεται σε ψυχαναλυτικά πρότυπα. Ερμηνεύει τις αντιδράσεις-στρες κυρίως λόγω της έλλειψης του βασικού «προσώπου αναφοράς» της φυσικής Μητέρας. Οι παρατηρήσεις που έγιναν κυρίως σε παιδιά που έμειναν πολύ μακρύ χρονικό διάστημα σε Ιδρύματα, μακριά από την Μητέρα τους. Μια παραμονή στο Νοσοκομείο είναι συνήθως βραχείας διάρκειας και γι' αυτό το λόγο δεν είναι από πολλούς ερευνητές παραδεκτή αυτή η ερμηνεία (LOSCHENKOHL, 1982).

**β)** Η **κλασική θεωρία της μάθησης** θεωρεί το περιβάλλον χωρίς θετικά ερεθίσματα (= Νοσοκομείο) σαν κύριο παράγοντα των προβλημάτων συμπεριφοράς (SAYEGH, DENNIES, 1965). Η ερμηνεία αυτή δεν είναι απόλυτα ικανοποιητική, γιατί μπορεί από τη μια μεριά το Νοσοκομείο να **στερεί** τα παιδιά από θετικά ερεθίσματα (παιγνίδι, ελευθερία κίνησης, οικείο περιβάλλον), από την άλλη όμως προσφέρει μια υπερπληθώρα άγνωστων ερεθισμάτων (μηχανήματα, χώροι, πρόσωπα). Αυτά δεν μπορούν φυσικά τα παιδιά να τα «επεξεργαστούν» γνωστικά σωστά και ίσως αυτό είναι πιο σημαντικό.

**γ)** Πολλές έρευνες απέδειξαν ότι όχι μόνο οι άνθρωποι αλλά και συγγενή βιολογικά όντα (π.χ. πίθηκοι ρέζους) δείχνουν τις ίδιες τυπικές μορφές συμπεριφοράς όταν βρεθούν αντιμέτωποι με πολύπλοκα, άγνωστα ερεθίσματα (LOSCHENKOHL, 1981). Οι πίθηκοι ρέζους π.χ. οι οποίοι μεταφέρθηκαν σε ένα πολύπλοκο άγνωστο περιβάλλον δεν έδειξαν την γνωστή συμπεριφορά **εξερεύνησης** αλλά άρχισαν να αγκαλιάζουν με τα δυο χέρια το σώμα τους, να βυζαίνουν μέρη του σώματος τους, να κάνουν στερεότυπες κινήσεις (λίκνισμα, συνεχές κούνημα του κεφαλιού), να πηγαίνουν εδώ και κει (υπερκινητικότητα) κ.λ.π. (NOVAK, HARLOW, 1975). Φαίνεται λοιπόν ότι το άγνωστο



περιβάλλον με πολύπλοκα, καινούργια ερεθίσματα «ξυπνά» μέσα μας οντολογικά-εξελικτικά **προκαθορισμένες** συμπεριφορές.

δ) Άλλοι πάλι ερευνητές παρατήρησαν τη συμπεριφορά παιδιών τόσο σε γνωστούς όσο και νέους, άγνωστους χώρους και έκαναν συσχετίσεις των μεταβολών της συμπεριφοράς με την παρουσία ή απουσία οικείων προσώπων ή αγνώστων (AISWORTH, WITTIG 1969, AISWORTH, BELL 1970, SKARIN 1977). Η **παρουσία** των οικείων προσώπων είχε αντίκτυπο στην συμπεριφορά: τάση για εξερεύνηση (ρωτούσαν τι και πώς, πλησίαζαν και περιεργάζονταν όργανα κ.λ.π.), αύξηση των εγωκεντρικών τάσεων («εγώ θέλω αυτό», πείσμα κ.λ.π.) όπως και τάσεων φυγής (τρέξιμο προς την έξοδο, πανικός κ.λ.π.). Η **απουσία** οικείων προσώπων πολλαπλασίασε την προβληματική συμπεριφορά: κλάμα, δυστροπία, έλλειψη τάσης για εξερεύνηση. Τα παιδιά λοιπόν όταν αισθάνονται ασφάλεια (παρουσία σημαντικών προσώπων) αντιμετωπίζουν γνωστικά την κατάσταση καλύτερα, ερευνούν και προσπαθούν να καταλάβουν το τι γίνεται και γιατί, γύρω τους. Το βίωμα της προστασίας από σημαντικά πρόσωπα δεν πρέπει να ερμηνευθεί μόνο σαν τάση εξάρτησης. Ξέρουμε πολύ καλά πόσο δύσκολα ξεπερνούν καινούργιες καταστάσεις, μπορούν να τις ερμηνεύσουν γνωστικά και να προσαρμοσθούν τα παιδιά που μεγάλωσαν χωρίς την προστασία σημαντικών προσώπων.

Οι παραπάνω θεωρητικές προσεγγίσεις αποδεικνύουν ότι το Νοσοκομείο είναι ένας άγνωστος χώρος που προκαλεί **φόβο**. Ο φόβος βάζει σε λειτουργία μηχανισμούς φυγής (το παιδί δεν θέλει να μείνει στο Νοσοκομείο).

Αφού όμως δεν μπορεί να ξεφύγει, αυτή η εσωτερική ένταση «μεταβάλλεται» ή «διοχετεύεται» σε προβλήματα συμπεριφοράς (βλέπε Σχήμα 1).

Όσο πιο **μικρό** είναι το παιδί, τόσο πιο έντονα εμφανή είναι τα προβλήματα (Α. ΚΑΛΑΝΤΖΗ, 1972).

- π.χ. 3-6 χρονών:
- Κλάμα
  - άρνηση τροφής - αυτοεγκατάλειψη - νωθρότητα
  - διαμαρτυρίες (θέλουν να φύγουν, «πάρε με από δω»)
  - παλινδρομήσεις (δηλ. υιοθέτηση τρόπων συμπεριφοράς που προσιδιάζουν σε ηλικία μικρότερη από την δική του) π.χ. πιπίλισμα δακτύλου, φάγωμα νυχιών, στερεότυπες κινήσεις με το σώμα ή τα άκρα, ενούρηση, εγκόπριση.
  - δυσκολίες ύπνου - εφιάλτες
  - γενική επιθετικότητα

**Μετά** τη διαμονή στο νοσοκομείο, εμφανίζονται συνήθως προβλήματα συμπεριφοράς, όπως π.χ.

- Γενική επιβράδυνση στη ψυχοσωματική εξέλιξη
- Λιγότερη αυτονομία - ελλειπής αυτοεξυπηρέτηση
- Αρνητική ευαισθησία (λύπη, μελαγχολία)
- Επιθετικότητα
- δυσκολίες ύπνου
- δυσκολίες στο φαγητό (έλλειψη όρεξης)
- φοβίες (αποχωρισμού από Μητέρα ή Πατέρα, σκοτάδι)
- νευρικότητα
- αρνητική στάση προς τη Μητέρα (Πατέρα)

Αν όμως βρούμε τρόπους **γνωστικής προετοιμασίας** του παιδιού τότε ελπίζουμε να **μην** σημαίνει η παραμονή στο Νοσοκομείο ένα ψυχολογικό σοκ για το παιδί. Οι καινούργιες λοιπόν **εφαρμογές** ψυχολογικής προετοιμασίας βασίζονται στη **κατάλληλη εκπαίδευση** του παιδιού στο ότι έχει σχέση με το Νοσοκομείο, Χειρουργείο και

γενικότερα με την ασθένεια. Ισχυροποιείται η τάση για εξερεύνηση του περιβάλλοντος, γίνονται γνωστά όσα θα συναντήσει κι έτσι δεν του είναι πια ο χώρος του Νοσοκομείου άγνωστος. Δίδεται δε μεγάλη έμφαση στην αλλαγή των αντικειμενικών συνθηκών (π.χ. δυνατότητες να μείνει να κοιμηθεί και ενήλικας μαζί με το παιδί, το λεγόμενο rooming-in, δυνατότητα συχνών επισκέψεων κ.λ.π.) ώστε σημαντικά πρόσωπα (Μητέρα, Πατέρας κ.λ.π.) να βρίσκονται όσο γίνεται πιο συχνά κοντά στο παιδί (βλέπε Σχήμα 2).

Όταν μιλάμε για **πρόληψη** προβλημάτων συμπεριφοράς είναι αυτονόητο πως η προετοιμασία πρέπει να αρχίσει πολύ **πριν** βρεθεί ένα παιδί στην ανάγκη να εισαχθεί στο Νοσοκομείο.

### **Ψυχολογική γνωστική προετοιμασία πριν από την εισαγωγή στο Νοσοκομείο**

Η γενική θέση είναι να μιλάμε για την ασθένεια σαν κάτι το φυσιολογικό, που μπορεί να συμβεί στον κάθε ένα. Το τί είναι ασθένεια, πώς εκδηλώνεται, πώς «μετριέται», τί είναι φάρμακο ή ένεση ή υπόθετο, τι συμβαίνει στον οργανισμό μας, όταν αρχίσει θεραπεία κ.λ.π. πρέπει να είναι θέμα **συζήτησης** με το παιδί από νωρίς (2-2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> χρονών). Αρχικά βέβαια πολύ απλά-πολύ σχηματικά κ.λ.π.

Το παιδί σ' αυτή την ηλικία γνωρίζει τον κόσμο των ενηλίκων καλύτερα **μέσω του παιγνιδιού**.

- «παιγνίδι ρόλων» με κούκλες (π.χ. γιατρός, νοσοκόμος, ασθενής) και ότι συμβαίνει στο Νοσοκομείο ή εξωτερικό ιατρείο

- ειδικά παιγνίδια π.χ. πλαστικά ιατρικά εργαλεία ενέσεις.

Σχετικά **βιβλία** με πλούσιες εικόνες είναι απαραίτητο υλικό για να αρχίσουμε το διάλογο με το παιδί.

Το **κουκλοθέατρο** επίσης μας δίνει τη δυνατότητα να παίζουμε όλα όσα συμβαίνουν, όταν κάποιος αρρωστήσει ή πάει στο Νοσοκομείο.

Όταν γίνουν τα παιδιά 4-5 χρόνων μπορούμε να επισκεφτούμε Εξωτερικά Ιατρεία ή Νοσοκομεία. Στην Αυστρία επισκέπτονται παιδιά του Νηπιαγωγείου ομαδικά μαζί με τη Νηπιαγωγό διάφορα Τμήματα Παιδιατρικών Κλινικών. Σημαντικό είναι να **εξηγούμε απλά** στο παιδί τις ιατρικές διαδικασίες, τα διάφορα όργανα, κ.λ.π. και να **απαντούμε** σε κάθε ερώτηση τους.

Οι LOSCHENKOHL και ERLACHER (1981) έφτιαξαν ένα «**ειδικό πρόγραμμα επέμβασης που βασίζεται σε γνωστικές διαδικασίες**». Το υλικό του προγράμματος αυτού ήταν κυρίως φωτογραφίες από παιδιά «πρότυπα» τα οποία υφίστανται διάφορες διαδικασίες στο Νοσοκομείο (μέτρηση θερμοκρασίας κ.λ.π.) επίσης που βρίσκονται σε διάφορες ειδικές καταστάσεις και τις ξεπερνούν (επίσκεψη γονέων-γονείς φεύγουν-παιδί μένει μόνο-διαβάζει-κοιμάται).

30 παιδιά ηλικίας 3-6 χρόνων (ομάδα Α) είχαν την ευκαιρία να πάρουν μέρος σ' ένα τέτοιο πρόγραμμα προετοιμασίας. Άλλα 30 παιδιά ομάδας σύγκρισης (ομάδα Β) δεν είχαν πάρει μέρος σε κανένα πρόγραμμα προετοιμασίας. Και οι δυο ομάδες παιδιών εισήχθησαν σε Νοσοκομείο (ήταν ήδη γνωστό πριν από μερικούς μήνες ότι έπρεπε να γίνει η εισαγωγή). **Συγκρίνοντας** τις δυο ομάδες φαίνεται αμέσως η θετική επίδραση της σωστής προετοιμασίας και **κατά τη διάρκεια** της παραμονής στο Νοσοκομείο **και μετά**.

Η ομάδα Α παρουσίασε λιγότερα προβλήματα:

- τα παιδιά έκλαιγαν λιγότερο, είχαν λιγότερες αϋπνίες ή γενικότερα προβλήματα ύπνου, δέχονταν ιατρικές παρεμβάσεις χωρίς αντιδράσεις κ.λ.π.
- μόνο 4% έδειχναν αυξημένη επιθετικότητα (35% της ομάδας Β)
- 30% νευρικότητα μεγαλύτερη από πριν (55% της ομάδας Β).

Και σ' αυτή την έρευνα λοιπόν αποδείχθηκε ότι ο «φόβος του Νοσοκομείου» (= φόβος του αγνώστου) μπορεί να μειωθεί μέσω της μάθησης (πρότυπα μάθησης = φωτογραφίες των παιδιών).

Όσα περισσότερα γνωρίζουμε λοιπόν για ένα καινούργιο χώρο (Νοσοκομείο) ή για μια ασυνήθιστη κατάσταση (ασθένεια) τόσο λιγότευει ο φόβος για το άγνωστο και τόσο καλύτερα αντιμετωπίζουμε γνωστικά και συναισθηματικά το θέμα «Ασθένεια» - «Νοσοκομείο».

Άλλες σχετικές έρευνες μας δίδουν ακόμη μερικά σημαντικά στοιχεία, τα οποία πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπ' όψη μας. (LOSCHEN-KOHL, 1982).

- Τα παιδιά που έχουν καλές συναισθηματικές σχέσεις με τους γονείς τους, δεν δείχνουν τόσο έντονα συναισθήματα αποχωρισμού.
- Πολλές εμπειρίες (π.χ. Εγχειρήσεις, μακροχρόνιες διαμονές σε νοσοκομεία σε πολύ μικρή ηλικία κ.λ.π.), δεν σημαίνουν καλύτερη γνώση (!) αλλά έχουν επιπτώσεις στην συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού. Γι' αυτό το λόγο παρουσιάζονται πολλά προβλήματα συμπεριφοράς.
- Η συμπεριφορά της Μητέρας ή του Πατέρα («μοντέλα μάθησης») παίζει μεγάλο ρόλο στη διαμόρφωση προβληματικής αντίδρασης στα παιδιά. Κυρίως οι αγχώδεις, νευρικοί γονείς που δείχνουν λίγη εμπιστοσύνη στους γιατρούς έχουν παιδιά με μεγάλα προβλήματα συμπεριφοράς στα Νοσοκομεία.

### **Ψυχολογική βοήθεια κατά τη διάρκεια της παραμονής στο Νοσοκομείο**

Όλες οι έρευνες μας δείχνουν το τι πρέπει να προσέξουμε. Σε πολλά Νοσοκομεία σήμερα λόγω έλλειψης χώρου, χρόνου, κατάλληλης διαπαιδαγώγησης του προσωπικού κ.λ.π. δεν δίδονται στα παιδιά οι

παρακάτω δυνατότητες και τότε βλέπουμε ότι τα παιδιά παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα.

Θα πρέπει λοιπόν να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή στα εξής:

- α)** να **ερμηνεύουμε** όλα τα ερωτήματα
- β)** να **πληροφορούμε** με απλά και κατανοητά λόγια **πριν** από κάθε ιατρική διαδικασία (με σχετικές φωτογραφίες, παρακολούθηση άλλων ασθενών κ.λ.π.)
- γ)** να **αυξάνουμε** τις επισκέψεις γονέων και φίλων. Επίσης και τις δυνατότητες για rooming-in (οι γονείς να κοιμούνται μαζί με τα παιδιά).
- δ)** να **έχουμε αρκετό υλικό** για ζωγραφική, πλαστελίνη, βιβλία, «καθιστικά παιχνίδια»
- ε)** να **έχουμε** κασέτες με μουσική, παραμύθια, ιστορίες, κασέτες-video, τηλεόραση.
- στ)** μερικοί **Ειδικοί Νοσοκόμοι** να παίζουν με τα παιδιά να διηγούνται ιστορίες να είναι δηλ. υπεύθυνοι για την ευχάριστη απασχόληση και διασκέδαση των παιδιών.

Και στη χώρα μας εφαρμόζονται παρόμοια προγράμματα καλυτέρευσης της προσαρμογής των παιδιών στο καινούργιο περιβάλλον Νοσοκομείο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα το Νοσοκομείο Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού». Πρόκειται για τη χρησιμοποίηση του οργανωμένου παιδαγωγικού και ψυχαγωγικού παιχνιδιού σύμφωνα με τις ανάγκες και την ηλικία του άρρωστου παιδιού. Η μέθοδος αυτή ονομάζεται **παιγνιοθεραπεία** και εφαρμόζεται από ειδικούς παιδοψυχολόγους και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό. Η παιγνιοθεραπεία βοηθάει το παιδί να ξεπεράσει τα δυσάρεστα συναισθήματα του, τις αγωνίες και τους φόβους του από την εισαγωγή και παραμονή του στο νοσοκομείο. Το άρρωστο παιδί προσαρμόζεται στην καινούργια κατάσταση που αντιμετωπίζει (προσαρμογή και αντιμετώπιση της αρρώστιας του) μαθαίνει να

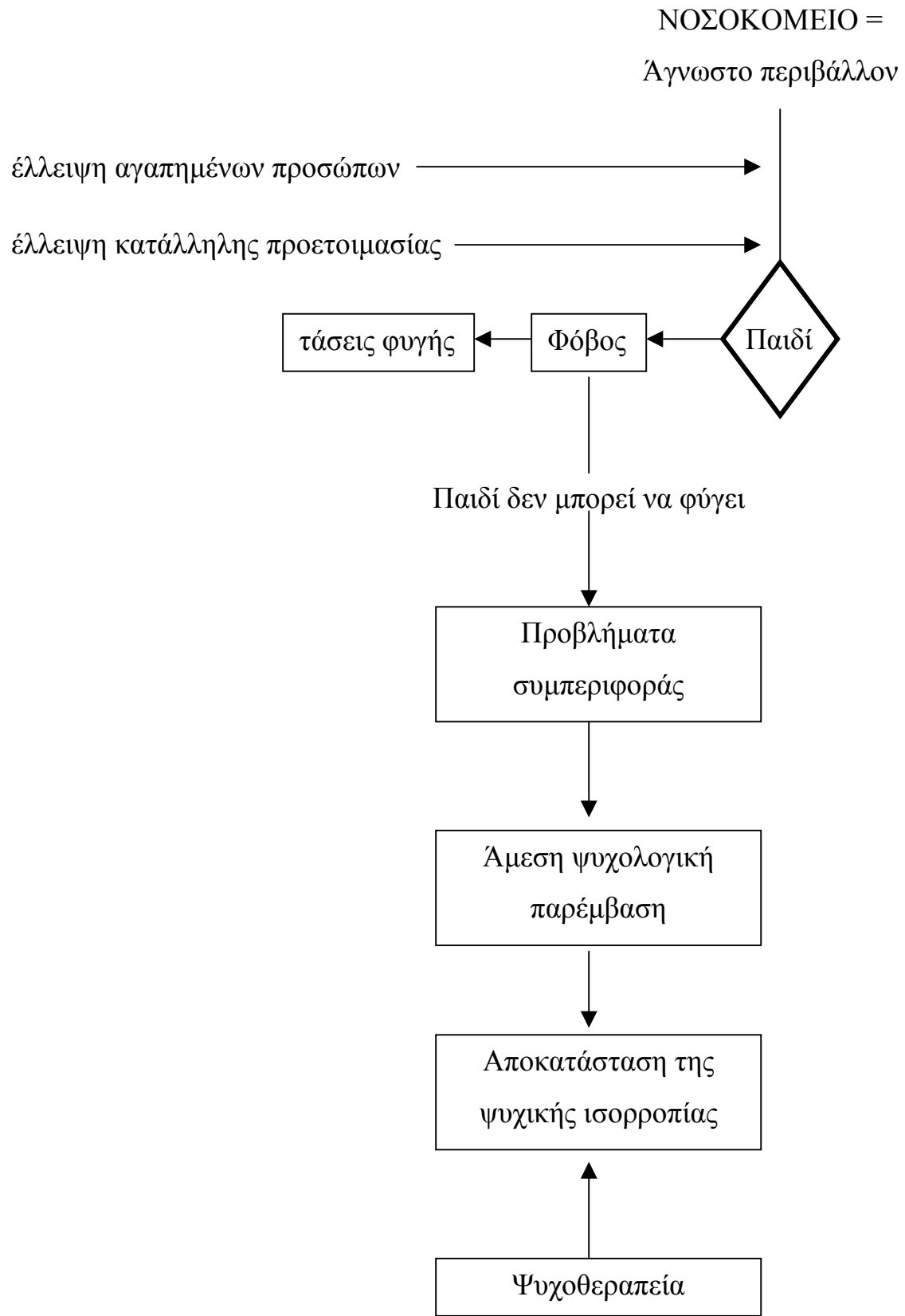
συνεργάζεται με τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και το βασικότερο να ανεξαρτητοποιείται από την υπερπροστασία των γονιών του και να αισθάνεται ικανοποίηση και επιβεβαίωση για τον εαυτό του.

Τα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά: τα παιδιά γίνονται περισσότερο συνεργάσιμα και υπεύθυνα σε σχέση με την αρρώστια τους και τη θεραπεία.

Ένα ακόμα σημαντικό αποτέλεσμα από την εφαρμογή της παιγνιοθεραπείας είναι η προετοιμασία των παιδιών για σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις και καθώς και για την αποδοχή μιας σοβαρής αρρώστιας που θα έχουν να αντιμετωπίσουν.

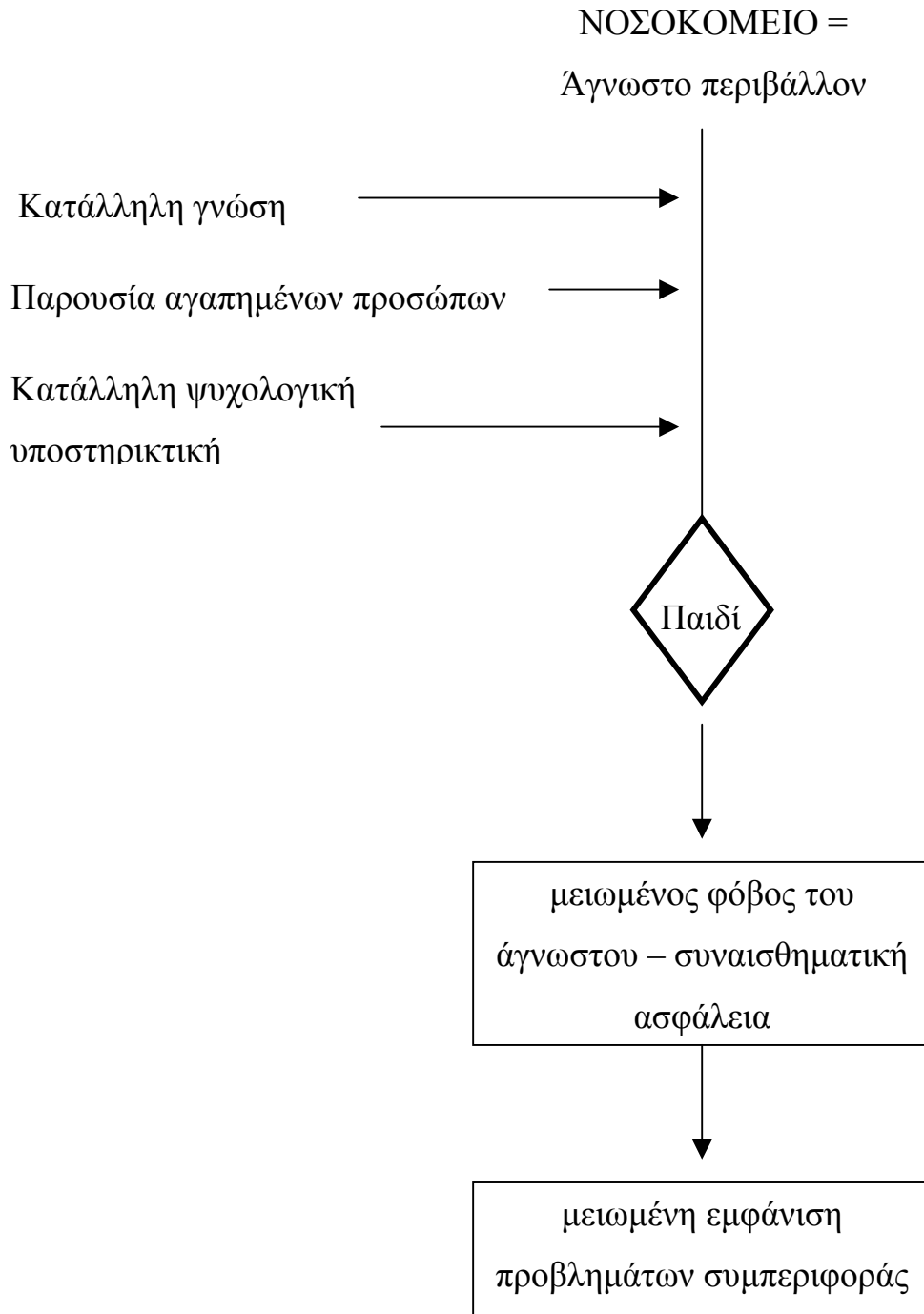
Οι έρευνες λοιπόν απέδειξαν ότι **άμα υπάρχουν κατάλληλες προϋποθέσεις** (προληπτικά ψυχολογικά προγράμματα πριν από την εισαγωγή στο Νοσοκομείο, ψυχολογική βοήθεια κατά τη διάρκεια της παραμονής σ' αυτό) **μειώνεται το ποσοστό προβληματικής συμπεριφοράς**. Το **άγχος** και ο **φόβος** για το Νοσοκομείο και τα **προβλήματα συμπεριφοράς**, η εξωτερίκευση δηλ. αυτών των συναισθημάτων, μπορούν να... καταπολεμηθούν με τη βοήθεια της έγκαιρης ψυχολογικής προετοιμασίας και ταυτόχρονης ψυχολογικής υποστήριξης-παρέμβασης.

**Σχήμα 1:** Εισαγωγή στο Νοσοκομείο – εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς – μακροχρόνια ψυχολογική παρέμβαση





**Σχήμα 2:** Γνωστική ψυχολογική προετοιμασία – Εισαγωγή στο Νοσοκομείο – ψυχολογική υποστηρικτική – μειωμένη εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς.



## Αντιδράσεις του παιδιού ως προς τη νοσηλευτική ομάδα

1. Σχέσεις με τις νοσοκόμες. Ο Thesi Bergman μελέτησε αυτές τις σχέσεις στο νοσοκομείο Rainbow του Cleveland και τις περιέγραψε στο βιβλίο του με την Anna Freud. Θα τις συνοψίσουμε εδώ μαζί με τις απόψεις των R. Dailly και A. Henocq:

α) φτάνοντας στο νοσοκομείο, το παιδί συνειδητοποιεί την τεχνικής φύσεως αρμοδιότητα της νοσοκόμας και γίνεται κριτής της ικανότητας της να του παρέχει ανακούφιση και φυσική ευεξία. Συγχρόνως ανακαλύπτει ότι δεν αποκομίζει σπουδαία «πράγματα» μόνο από τους γονείς ή το δάσκαλο του στο σχολείο.

β) Αυτό το καινούργιο πρόσωπο που ανακαλύπτει, η νοσοκόμα, του φαίνεται ότι περιβάλλεται από ένα φωτοστέφανο δύναμης στο οποίο και οι γονείς δείχνουν πλέον περισσότερη εμπιστοσύνη απ' ό,τι, στις φροντίδες που παρέχονται στο παιδί τους. Αν έλειπε αυτή η εμπιστοσύνη, το παιδί θα υιοθετούσε πολύ γρήγορα μια στάση λιγότερο υπάκουη, λιγότερο ευπειθή, μία στάση εξέγερσης πολλές φορές και θα ξεσπούσε διαμάχη ανάμεσα στο παιδί, τη νοσοκόμα και το γονιό.

γ) Ταυτόχρονα, το παιδί ανακαλύπτει ότι η νοσοκόμα του παρέχει φροντίδες που μέχρι τότε ανήκαν αποκλειστικά στη δικαιοδοσία της μητέρας. Η πρώτη του αντίδραση απέναντι στο γεγονός ότι βρίσκεται ανάμεσα σε ξένα χέρια που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του, είναι εχθρική και αυτό είναι πολλές φορές οδυνηρό για τη νοσοκόμα, στην αφοσίωση της οποίας το παιδί ανταποκρίνεται υιοθετώντας μια απορριπτική στάση.

δ) Απ' αυτήν την επιθετική συμπεριφορά που κρύβει ένα αίσθημα εγκατάλειψης από τη μητέρα σύντομα γεννιέται κάποιος φόβος, ύστερα ένα αίσθημα ενοχής που γρήγορα μετατρέπεται σε μια έντονη προσκόλληση στη νοσοκόμα. Αυτό οδηγεί το παιδί μέχρι και στην

άρνηση κάθε βοήθειας που προέρχεται από τη μητέρα του η οποία υποφέρει γι' αυτό το λόγο. Αυτό αποτελεί την αφορμή για νέα διαμάχη μεταξύ παιδιού-νοσοκόμας-μητέρας.

ε) Μέσα σ' αυτό το ασταθές κλίμα, το παιδί νιώθει την ανάγκη να ανταλλάσσει συμβολικά με τη «δική του» ή τις «δικές του» νοσοκόμες παιχνίδια, ιστορίες, διάφορες ειδήσεις κλπ. Του αρέσει να τις βοηθά σε μικροδουλειές, να συμμετέχει στη ζωή της κλινικής. Χρειάζεται επίσης καλή διάθεση, ηρεμία, ασφάλεια και σταθερότητα.

2. Σχέσεις με τους γιατρούς. Εδώ τα συναισθήματα είναι κάπως ανάμεικτα. Πράγματι, το παιδί τείνει να ταυτίζεται με το γιατρό και να τον τοποθετεί πολύ ψηλά εφ' όσον είναι αυτός που φροντίζει για τη θεραπεία του και ασχολείται συγχρόνως με τα παιχνίδια του, τις επισκέψεις, κλπ. αλλά είναι και ο ίδιος που μαλώνει και απαγορεύει (ειδικές δίαιτες, οδυνηρές εξετάσεις, έξοδος κλπ.). Γι' αυτόν το λόγο, η συμπεριφορά του παιδιού προς το γιατρό του ποικίλλει εξαιρετικά και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες: προηγούμενες ανάλογες εμπειρίες σε νοσοκομείο, το πόσο σοβαρές αρρώστιες έχει περάσει και τί είδους αναμνήσεις του έχουν αφήσει, κλπ.

### **Παράγοντες που αφορούν ειδικά στο παιδί και πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν κατά τη διαρρύθμιση των χώρων**

Ο αγώνας ενάντια στις μεταδοτικές ασθένειες και τις λοιμώξεις είναι πάντα επίκαιρος ιδίως για τα νεογέννητα, τα πρόωρα, τα βρέφη, τους βαριά ασθενείς και αυτούς που έχουν προσβληθεί από μεταδοτική νόσο. Είναι επομένως απαραίτητο να μπορεί το παιδιατρικό τμήμα να εξασφαλίσει πλήρη απομόνωση. Όταν πρόκειται για παιδιατρικό τμήμα εντός ενός γενικού νοσοκομείου πρέπει να βρίσκεται στον πιο ψηλό όροφο γιατί αυτός προφυλάσσεται περισσότερο από μικροβιακές μολύνσεις. Το σύστημα του διπλού διαδρόμου συχνά ακολουθείται

ακόμα στα τμήματα των βρεφών μέσα στα οποία υπάρχουν ειδικοί μικροί θάλαμοι απομόνωσης (boxes): διάδρομος επισκέψεων χωρίς επικοινωνία με το «box» και διάδρομος εσωτερικής διακίνησης για το νοσηλευτικό προσωπικό. Υπάρχουν άρτια συστήματα κλιματισμού με σταθερή θερμοκρασία, ηυξημένη ατμοσφαιρική πίεση μέσα στα «boxes» για να εμποδιστεί η είσοδος μικροβίων από τον αέρα σταθερή υγραμετρική κατάσταση, φιλτράρισμα του εισερχόμενου αέρα από τις σκόνες, μερική απολύμανση του αέρα κλπ.

Στην πραγματικότητα όμως όλα αυτά τα δρακόντεια μέτρα προκαλούν πολλές συζητήσεις και η αποτελεσματικότητα τους τίθεται υπό αμφισβήτηση. Η διαρρύθμιση των εγκαταστάσεων δεν είναι σ' αυτόν τον τομέα τόσο σημαντική όσο η αυστηρή τήρηση των κανόνων υγιεινής απ' όλο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Απολύμανση των κτιρίων, αποστείρωση του ιματισμού και των εργαλείων, χρήση μπλούζας και μάσκας, πλύσιμο και απολύμανση των χεριών (νιπτήρες που ρυθμίζονται με το πόδι για να μην πιάνονται με τα χέρια οι βρύσες, χρήση αντισηπτικών, στέγνωμα αντισηπτικό με θερμό αέρα ή πετσέτες μιας χρήσης από χαρτί, κλπ.) Πρέπει επίσης να έχει προβλεφτεί ειδική μεταφορά του ακάθαρτου ιματισμού.

Ευτυχώς όμως, τα περισσότερα παιδιά που νοσηλεύονται δεν χρειάζονται απομόνωση. Μπορούν να σηκωθούν, να βγουν απ' το δωμάτιο τους και να κυκλοφορήσουν μέσα στην κλινική, να πάνε να παίξουν στον κήπο, την αυλή ή την ταράτσα, αν βέβαια είναι δυνατόν και υπό επίβλεψη. Η νοσοκομειακή αρχιτεκτονική έχει την τάση να γίνεται όλο και πιο λιτή και λειτουργική και ακόμη οι νέες αυτές αντιλήψεις αντικατοπτρίζουν σε μεγάλο βαθμό την επιθυμία για πιο ανθρώπινα νοσοκομεία και ιδίως για τη βελτίωση του γενικού κλίματος που επικρατεί στα τμήματα για παιδιά. Ο σχεδιασμός και η διακόσμηση των κτιρίων έχουν επινοηθεί με γνώμονα πάντα τις ανάγκες των παιδιών. Η

επιλογή της επίπλωσης, του ιματισμού, των χρωμάτων, πρέπει να θυμίζει στα παιδιά την οικογενειακή τους ζωή, χωρίς υπερβολική πολυτέλεια, που θα μπορούσε να αποβεί ανώφελη αλλά και επιζήμια εφ' όσον θα έθετε σε κίνδυνο την ομαλή επαναπροσαρμογή στην οικογένεια, παιδιών που προέρχονται από κατώτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Επειδή, εν τέλει, το νοσοκομείο είναι ένα σχολείο καθαριότητας και υγιεινής για το παιδί, επιβάλλεται να διαθέτει πολλές εγκαταστάσεις υγιεινής.

Η απομόνωση σε μονόκλινο δωμάτιο, όπου το παιδί πλήττει, καθώς και οι θορυβώδεις και απρόσωποι κοιτώνες του παρελθόντος, αποφεύγονται με τη λύση των μικρών δωματίων 2, 3 ή 4 κρεβατιών. Όταν υιοθετείται η λύση των ατομικών απομονωμένων θαλάμων (boxes) για τα βρέφη ή για όσα πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα είναι σημαντικό να μπορούν τα παιδιά να βλέπουν το ένα το άλλο και ακόμη να έχουν ένα διευρυμένο οπτικό πεδίο που δεν περιορίζεται σε τέσσερις μόνο τοίχους. Τα «boxes» που διαχωρίζονται με τζάμι αποτελούν πρόοδο σ' αυτόν τον τομέα και επιπλέον επιτρέπουν μία αποτελεσματική επίβλεψη.

Η διευθέτηση των χώρων αυτών γίνεται αφού ληφθεί υπ' όψιν η απερισκεψία των παιδιών που διαρκώς θέλουν να εξερευνούν τα πάντα, προς αναζήτηση νέων παιχνιδιών. Οι ηλεκτρικές πρίζες στους διαδρόμους (για ηλεκτρική σκούπα, κινητές ακτινογραφίες, διαφανοσκόπιο, κλπ) προστατεύονται. Πρέπει τα παιδιά να μην μπορούν ν' ανοίξουν μόνα τους τα παράθυρα ούτε να έχουν πρόσβαση στις σκάλες. Είναι αυτονόητο επίσης πως απρόσιτο πρέπει να είναι και το φαρμακείο. Απαραίτητοι είναι πολλοί συμπληρωματικοί χώροι: αίθουσα αναμονής για τους γονείς, αρκετά ατομικά γραφεία για τους γιατρούς, αίθουσα παιχνιδιών και μαθημάτων για τα παιδιά, τραπεζαρία με ευχάριστη διακόσμηση, γαλακτοκομείο, αίθουσα περιποίησης, αίθουσα επειγόντων περιστατικών, γραφείο προϊσταμένης, γραμματεία, αίθουσα

συγκεντρώσεων, βιβλιοθήκη, κλπ. Θα δούμε πιο κάτω πως κάποιες ειδικές ρυθμίσεις είναι αναγκαίες προκειμένου να επιτραπεί η παραμονή των μητέρων κοντά στα παιδιά τους.

Η οργάνωση ενός νοσοκομείου δεν εξαντλείται στη δημιουργία μιας ευχάριστης και μόνο διαμονής. Η παιδιατρική κλινική που προσφέρει το νοσοκομείο πρέπει συγχρόνως να διασφαλίζει τις απαιτήσεις για ασφάλεια που επιβάλλει η σύγχρονη παιδιατρική. Όταν πρόκειται για ένα παιδιατρικό τμήμα που εντάσσεται σ' ένα γενικό νοσοκομείο, πρέπει να υπάρχει ειδικό σύστημα που να ανταποκρίνεται στα επείγοντα περιστατικά: μονάδα υποδοχής με αίθουσα πρώτων βοηθειών για τις κατεπείγουσες περιπτώσεις, η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης στο ακτινολογικό και στα εργαστήρια τα οποία πρέπει να εφαρμόσουν μικρομεθόδους.

Γενικά, οι παιδιατρικές κλινικές υποδιαιρούνται σε πολλά τμήματα ανάλογα με την ηλικία των παιδιών ή τη φύση των παθήσεων: τμήμα λοιμωδών, τμήμα μεγάλων παιδιών, τμήμα παιδιών μέσης ηλικίας (ηλικίας 2 έως 4 ή 5 χρόνων), τμήμα βρεφών (από 1 μηνός έως 12, 15 ή 18 μηνών), τμήμα νεογνών (πρόωρα και νεογέννητα έως ενός μηνός)... Κάθε τομέας έχει τις δικές του προδιαγραφές.

## **1.2. Το παιδί και η οικογένεια του κατά τη διάρκεια της ασθένειας**

Η ασθένεια επιφέρει για το παιδί πολλές αλλαγές που συνδέονται με τον τρόπο που βιώνει μια νέα κατάσταση σχετικά με το σώμα του, μια κατάσταση που συνοδεύεται ή όχι από πόνους, πυρετό, συγχυτικές καταστάσεις, κούραση και αγωνία προερχόμενη από την ίδια την αρρώστια ή την ιδέα που έχει το παιδί σχηματίσει γι' αυτήν. Ωστόσο, η ποιότητα της σχέσης γιατρού-αρρώστου, είναι εδώ τελείως διαφορετική

από την αντίστοιχη της ιατρικής των ενηλίκων εφόσον αποδεικνύεται τριαδική: γονιός-παιδί-γιατρός. Πράγματι, το παιδί δεν απευθύνεται το ίδιο στο γιατρό. Το φέρνει η μητέρα του, η οποία παρουσιάζει την αρρώστια του παιδιού της όπως η ίδια την αντιλαμβάνεται. Δεν μπορούμε λοιπόν να διαχωρίσουμε την ασθένεια του παιδιού από το οικογενειακό πλαίσιο μέσα στο οποίο εξελίσσεται. Οι αντιδράσεις της οικογένειας είναι πολύπλοκες και δεν διαφέρουν μόνο από μια οικογένεια στην άλλη αλλά ακόμα και στο εσωτερικό της ίδιας οικογένειας, διότι καθένα από τα μέλη της αντιδρά όχι μόνο απέναντι στην αρρώστια του παιδιού αλλά και στην στάση που κρατούν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Αυτές οι αντιδράσεις είναι συχνά λανθασμένες και δυσανάλογες με τη βαρύτητα της νόσου και επιτείνονται από συναισθήματα ενοχής καθώς και από την προσπάθεια να βρεθεί η αιτία ή η προέλευση της ασθένειας.

### **Το παιδί και η σοβαρή ασθένεια**

Το παιδί μπαίνει στο νοσοκομείο μέσα σ' ένα κλίμα αγωνίας και επείγουσας κατάστασης. Το επικίνδυνο συχνά οργανικό πρόβλημα αυξάνει το συναίσθημα του φόβου. Για κάποια παιδιά, η τεταμένη ατμόσφαιρα που περιβάλλει τη διαγνωστική διαδικασία, περισσότερο κι από τη βαρύτητα της κατάστασης τους, συμβάλλει στη δημιουργία ενός κλίματος τρόμου που μπορεί να επιδεινωθεί από τις συνθήκες υποδοχής και την έναρξη της θεραπείας.

Πριν την ηλικία των τριών ή τεσσάρων ετών, το παιδί αντιδρά στον αποχωρισμό (από τους γονείς), τον πόνο και τις απειλές που συνεπάγονται τα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα: μπορεί να παρουσιάσει ενδείξεις αποχωρισμού (3 στάδια του Robertson). Καμιά φορά, αντιλαμβάνεται ότι έχει σοβαρά προσβληθεί από την ασθένεια,

αισθάνεται ότι έχει ανάγκη περίθαλψης και υπομένει χωρίς καμία αντίρρηση φροντίδες επώδυνες.

Το παιδί από 4 έως 10 ετών, μετά την αρχική του αντίδραση για τη νοσηλεία, συγκατατίθεται. Η εξάντληση που οφείλεται στην ασθένεια και τις σχετικές θεραπευτικές διαδικασίες, οδηγεί στην ευκολότερη αποδοχή των φροντίδων. Συχνά, παρουσιάζει επιθετική και παλινδρομούσα συμπεριφορά προς τη μητέρα, ενώ αντίθετα, με το γιατρό και τις νοσοκόμες δημιουργεί στενούς δεσμούς συνεργασίας για να πολεμήσει την αρρώστια. Αυτή η διάσπαση της σχέσης προς δύο κατευθύνσεις γίνεται συχνά αιτία συγκρούσεων ανάμεσα στις μητέρες και το νοσηλευτικό προσωπικό. Πολλές φορές επίσης το παιδί φαίνεται να αμύνεται μέσω της ταύτισης με αυτόν που του επιτίθεται, δηλαδή το γιατρό. Από πολύ νωρίς το παιδί δείχνει ενδιαφέρον για τις φροντίδες και τις εξετάσεις και προσδίδει σ' αυτά έναν τελετουργικό χαρακτήρα.

Άλλα παιδιά αδυνατούν να προσαρμοστούν και αρνούνται ο,τιδήποτε προέρχεται από το νοσοκομείο. Δεν ενδιαφέρονται παρά μόνο για την αναχώρησή τους την οποία διεκδικούν σε κάθε επίσκεψη και δημιουργούν εξάρτηση μόνο ως προς την μητέρα τους. Οι ερευνητές επιμένουν ως προς την ορθότητα της κρίσης που εκφέρει το παιδί σχετικά με τους ψυχολογικούς καθώς και τεχνικής φύσεως ενδοιασμούς της ιατρικής ομάδας. Πρόκειται χωρίς αμφιβολία για έναν παροξυσμό κριτικής που ξεσπάει από την αγωνία. Το παιδί δημιουργεί μια θετική σχέση με την κλινική από τη στιγμή που ανακουφίζεται από τον φυσικό πόνο και αισθάνεται ότι έχουν αναλάβει με υπεύθυνο και αποτελεσματικό τρόπο την περίπτωση του. Μερικά παιδιά υφίστανται, ως απόρροια της αρρώστιας ή των θεραπευτικών διαδικασιών, σημαντικές βιολογικές αναστατώσεις που προκαλούν ένα είδος μαρασμού, προσθέτοντας στην εξάντλησή τους κάποια εγκατάλειψη, μια αδιαφορία όσον αφορά στο σώμα τους. Αυτές οι καταστάσεις



διακρίνονται από συμπεριφορές παλινδρόμησης: ψυχοκινητική αναστολή, άρνηση λόγου, κ.λ.π.

### **Νοσοκομειακή νοσηλεία και αποχωρισμός**

Η νοσοκομειακή νοσηλεία προκαλεί στο παιδί σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές που είναι σήμερα πολύ καλά γνωστές στους παιδίατρος αλλά πολύ συχνά αγνοούνται από τους αρχιτέκτονες και το διοικητικό προσωπικό που διαμορφώνει τους νοσοκομειακούς χώρους.

Μακριά από το γνωστό του περιβάλλον (σπίτι, οικογένεια, σχολείο...) το άρρωστο παιδί βρίσκεται σε άγνωστα χέρια και υφίσταται εξετάσεις ή επίπονες φροντίδες μέσα σ' ένα πλαίσιο που περιορίζει κάθε του κίνηση: απομόνωση, ειδική διαίτα, φυσική και νοητική αδράνεια κλπ. Κατά τη διάρκεια των 5 πρώτων ετών της ζωής του, το παιδί που αποχωρίζεται τη μητέρα του εκδηλώνει αποστέρηση που ο Spitz περιέγραψε το 1945 και ακολούθησαν οι εργασίες της Anna Freud και του Burlingham το 1949 και του Bowlby το 1951. Πριν τις προσεγγίσουμε πρέπει να προειδοποιήσουμε τον αναγνώστη ώστε να αποφύγει τυχόν υπερβολές που οφείλονται σε λάθος εκτιμήσεις ή πληροφορίες που έχουν παρερμηνευτεί, και που θα μπορούσαν να εμποδίσουν μια αναγκαία νοσοκομειακή νοσηλεία για ένα άρρωστο παιδί. Θα δούμε παρακάτω πώς μπορούμε να μετριάσουμε στο ελάχιστο τις ψυχολογικές διαταραχές που δημιουργούνται από μια νοσηλεία όταν αυτή κρίνεται απαραίτητη. Πρέπει να γίνει εξίσου 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 ορισμένα παιδιά που ζουν σε υπερπροστατευτικές οικογένειες, μέσα σε μια σχέση εξάρτησης που αναστέλλει την ανάπτυξη τους, ή για άλλα που βρίσκουν στο νοσοκομείο μια ακόμα δυνατότητα δημιουργίας κοινωνικών και πολιτιστικών επαφών. Μ' αυτόν τον τρόπο

αρκετές περιπτώσεις διαταραγμένης συμπεριφοράς στο παιδί, θεραπεύονται με την απομόνωση από το οικογενειακό περιβάλλον (G. Raimbault).

***Ο ιδρυματισμός κατά τον Spitz (ή οι συνέπειες παντελούς συναισθηματικής στέρησης).***

Παρ' όλο που κι άλλοι ερευνητές μελέτησαν πριν απ' αυτόν τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της τοποθέτησης παιδιών σε ιδρύματα, (ιδίως ο Levy το 1937, η Bender το 1941 και ο Goldfarb το 1943), οι εργασίες του Spitz είναι οι πιο γνωστές.

Ο Rene Spitz περιέγραψε το 1945 τον ιδρυματισμό ως το σύνολο σοβαρών παλινδρομήσεων ανάπτυξης που παρατηρούνται όταν τα βρέφη τοποθετηθούν κατά τη διάρκεια του δευτέρου εξαμήνου της ζωής τους σε ορφανοτροφεία, παιδικούς σταθμούς, βρεφοκομεία και κάθε άλλου είδους ιδρύματα μέσα στα οποία τα παιδιά συσσωρεύονται χάνοντας την ατομικότητα τους και όπου η απουσία της μητέρας ή κάθε άλλου προσώπου που να την αντικαθιστά προκαλεί διάφορα νοσηρά σύνδρομα. Δημιουργεί παλινδρόμηση στην ψυχοκινητική και συναισθηματική ανάπτυξη, καταθλιπτικές καταστάσεις, αύξηση της ευαισθησίας στα λοιμώδη νοσήματα, μια ολόκληρη σειρά από παθολογικές καταστάσεις ενώ μάλιστα αυτά τα παιδιά βρίσκονται υπό άριστες συνθήκες υγιεινής και διατροφής και η υλικοτεχνική υποδομή του ιδρύματος είναι η αρμόζουσα. Ο ιδρυματισμός οδηγεί σε παρεκτροπές και καθυστερήσεις στην ανάπτυξη της προσωπικότητας. Η κλινική αυτή εικόνα συνδυάζεται είτε με την απουσία της μητέρας στην ηλικία κατά την οποία δημιουργείται μια σταθερή σχέση μητέρας-παιδιού, είτε με την απώλεια της μητέρας μετά την παγίωση αυτών των σχέσεων.

Μετά από ένα στάδιο που χαρακτηρίζεται από κλάματα και διαμαρτυρίες, τα παιδιά γίνονται αδρανή, απαθή, σιωπηλά, κατηφή και

δεν παρακολουθούν πια με το βλέμμα. Η φυσική τους κατάσταση επιδεινώνεται (ανορεξία, απώλεια βάρους, ευαισθησία στις λοιμώξεις...), και ο ρυθμός ψυχοκινητικής ανάπτυξης επιβραδύνεται σημαντικά, καταλήγοντας μέχρι και σε μια κατάσταση ψευδοκαθυστέρησης.

Η καθυστέρηση και η διαταραγμένη συμπεριφορά συνδέονται άμεσα με τη διάρκεια νοσηλείας. Οι Rosebluth, Bowlby και Roudinesco απέδειξαν ότι το γεγονός αποχωρισμού από τη μητέρα για ένα παιδί μεταξύ 6 μηνών και 5 χρονών ακόμα και για μερικές μόνο εβδομάδες, μπορεί να προκαλέσει εκπληκτικές αλλαγές στη συμπεριφορά του. Πρώτα εκδηλώνεται σε μεγάλο βαθμό εχθρότητα, εξάρτηση και απομόνωση. Ακολουθεί μια φάση φιλίας για όλους χωρίς διακρίσεις. Συχνά εκδηλώνεται κάποια επιθετικότητα προς τους γονείς όταν έρχονται στις επισκέψεις. Άλλες διαταραχές στην ανάπτυξη παίρνουν τη μορφή παλινδρομήσεων σε ορισμένους τομείς της συμπεριφοράς (πιπίλισμα του δαχτύλου, ενούρηση, ψαύση του σώματος), κατάθλιψης και άγχους (παιδιά που γίνονται «κλασιάρικα» και δυστυχημένα). Διαπιστώνεται επίσης η εκδήλωση γενικευμένου φόβου με συγκεκριμένο αντικείμενο (σκούρα χρώματα, άσπρες μπλούζες, σύριγγες, κλπ.).

Για τον Racamier επίσης η συναισθηματική στέρηση είναι τόσο σοβαρή όσο πιο πρόωρη είναι και όσο πιο πολύ διαρκεί χωρίς κανείς να υποκαθιστά τη μητέρα. Όταν συμβαίνει ανάμεσα στους 3 και 8 μήνες ζωής (περίοδος δημιουργίας της αντικειμενότητας σχέσης με τη μητέρα) και διαρκεί περισσότερο από 5 μήνες, καταλήγει σε τραύματα που δεν αποκαθίστανται. Σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς μπορεί να σημειωθούν μεταξύ 8 μηνών και 3 χρόνων όταν κανένα πρόσωπο δεν υποκαθιστά τη μητέρα μέσα σε διάστημα 5 μηνών.

Ο όρος ιδρυματισμός (hospitalisme) που υιοθετήθηκε πολύ γρήγορα δεν είναι στην πραγματικότητα ο κατάλληλος για να αποδώσει το νόημα που θέλουμε (Koupernick, Dailly) διότι δημιουργεί κάποια

σύγχυση με την ηυξημένη ενδονοσοκομειακή λοίμωξη που φέρει το ίδιο όνομα. Επιπλέον, η περιγραφή των διαταραχών που προκαλούνται από παρατεταμένη συναισθηματική στέρηση στο βρέφος, αφορούσε όπως είδαμε, τοποθέτηση σε ιδρύματα των οποίων η ατμόσφαιρα είναι εντελώς διαφορετική από αυτή που σήμερα επικρατεί στα νοσοκομεία για παιδιά. Σήμερα είναι γνωστές οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των παιδιών κάθε ηλικίας και οι σύγχρονες συνθήκες νοσοκομειακής περίθαλψης τις λαβαίνουν υπ' όψιν. Το παιδί ηλικίας 1 έτους π.χ. έχει ανάγκη να το πάρουν, να το σφίξουν στην αγκαλιά και να το χαϊδέψουν με μια συχνότητα ευθέως ανάλογη με την αρρώστια και την αγωνία του. Θα πρέπει να χειριστούν την κατάσταση του όσο το δυνατόν λιγότερα άτομα για να δεθεί με μία μόνο ή δύο νοσοκόμες. Είναι καλό επίσης να του δώσουμε παιχνίδια που θα αναπτύξουν την επιδεξιότητά του όπως και την εξερευνητική του δραστηριότητα. Στα 2 του χρόνια έχει ανάγκη από παιχνίδια και ένα χώρο για να ψυχαγωγείται. Στα 4 ή 5 χρόνια, χρειάζεται περισσότερο χώρο και αίθουσες διδασκαλίας ενώ συγχρόνως εξακολουθεί να επιβάλλεται πολλή στοργή, φροντίδες, προσοχή αλλά και σταθερότητα.

Αν παίρνοντας αυτές τις προφυλάξεις αποφεύγουμε τον ιδρυματισμό, δεν μπορούμε παρ' όλα αυτά να αποφύγουμε κάποιες ψυχολογικές διαταραχές που συνδέονται με τον αποχωρισμό από τη μητέρα για τον οποίο θα μιλήσουμε τώρα.

## Ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται από τον «αποχωρισμό»

Δεν θα μιλήσουμε πλέον για ιδρυματισμό (hospitalisme) εφ' όσον αυτός ο όρος, όπως είδαμε, δεν μπορεί να γίνει αποδεκτός σήμερα. Ο «αποχωρισμός» συγκεντρώνει το σύνολο των διαταραχών που προκαλούνται από την προσωρινή απώλεια της μητέρας μετά από μία αρκετά μεγάλη περίοδο αντικειμενότροπων σχέσεων.

Οι Lebonici και Soule επιμένουν στη διαφορά μεταξύ «αποχωρισμού» και «παντελούς συναισθηματικής στέρησης». Η νοσηλεία στο νοσοκομείο δεν υπονοεί (πάντα) συναισθηματική στέρηση. Αυτό δεν συμβαίνει παρά μόνο όταν το παιδί τοποθετείται σ' ένα περιβάλλον χωρίς μητρικό υποκατάστατο για περισσότερους από 5 μήνες ή όταν η νοσηλεία επαναλαμβάνεται πολύ συχνά, με πρόσωπα που αλλάζουν συνεχώς και είναι συναισθηματικά ανεπαρκή.

Η νοσηλεία δεν είναι λιγότερο οδυνηρή για το παιδί από 8 μηνών και πάνω, ηλικία κατά την οποία παρουσιάζει φόβο μπροστά στον ξένο (άγχος του όγδοου μήνα). Ακόμα και για το μεγαλύτερο παιδί η διαμονή στο νοσοκομείο αποτελεί μια οδυνηρή περίοδο που του δημιουργεί άγχος. Όσο αναγκαία και χρήσιμη κι αν είναι, αποτελεί αναμφισβήτητα έναν ψυχολογικό τραυματισμό.

Το μικρό παιδί κάτω των 7 ετών δεν μπορεί να συλλάβει ούτε την έννοια της ασθένειας ούτε την ανάγκη νοσηλείας. Κατά το σκεπτικό του πρόκειται για έναν αποχωρισμό από τους γονείς ακατανόητο, και σε μια στιγμή που τους έχει περισσότερο ανάγκη. Υποφέρει που αποχωρίστηκε τη μητέρα του και νομίζει ότι το εγκατέλειψαν. Καταβάλλεται από τη θλίψη, και πιστεύει ότι δεν το αγαπούν πια. Αυτή η διακοπή σχέσεων γεννά συναισθήματα εγκατάλειψης, φόβου, επιθετικότητας και το παιδί τη διαισθάνεται ως τιμωρία.

Ο James Robertson γύρισε μια ταινία που σχολιάζει αυτό το πρόβλημα: *A two-gear-old goes to hospital* («Ένα παιδί δύο χρονών πηγαίνει στο νοσοκομείο»). Σ' αυτή την ταινία μελετά τη συμπεριφορά ενός μικρού κοριτσιού, της Laura, δύο χρονών και 5 μηνών που έχει μπει 8 μέρες στο νοσοκομείο για θεραπεία κήλης. Αυτή η ταινία, που αποτελεί αυστηρά επιστημονικό ντοκουμέντο, έχει ως μοναδικό της σκοπό να συγκεντρώσει αντικειμενικά δεδομένα ως προς τη συμπεριφορά αυτής της μικρής ασθενούς μέσα σε μια αίθουσα νοσοκομείου. Η στάση της, οι σχέσεις της με τις νοσοκόμες, οι αντιδράσεις της προς τους γονείς κατά τη διάρκεια των επισκέψεων, σημειώνονται και σχολιάζονται με επιμέλεια. Επίσης αναφέρονται από τον συγγραφέα πληροφορίες σχετικά με τις διάφορες στάσεις που υιοθετεί το παιδί μέσα στην οικογένεια του κατά τη διάρκεια των μηνών που ακολουθούν.

Ο Robertson δείχνει ότι ένα μικρό παιδί μπορεί να έχει πολύ έντονα επηρεαστεί και ωστόσο να ελέγχει σε τέτοιο βαθμό την έκφραση των συναισθημάτων του ώστε και οι πιο φανερές ενδείξεις θλίψης μπορούν άνετα να περάσουν απαρατήρητες. Περιγράφει μία διαδικασία «προσαρμογής» του παιδιού στο νοσοκομειακό περιβάλλον και την διαιρεί σε τρεις φάσεις: διαμαρτυρία, απελπισία, άρνηση.

**Α) Διαμαρτυρία.** Είναι το αρχικό στάδιο θλίψης όταν το παιδί εισαχθεί στο νοσοκομείο. Μπορεί να διαρκέσει από μερικές ώρες έως μερικές μέρες. Το παιδί, εγκαταλελειμμένο, φοβισμένο απ' αυτό το άγνωστο περιβάλλον, προσπαθεί, ξεφωνίζοντας, να κάνει τη μητέρα του να ξανάρθει, ξέροντας από την προηγούμενη του εμπειρία ότι τα κλάματα του μπορούν να τη φέρουν πίσω. Φωνάζει, ταρακουνά το κρεβάτι, ξεσηκώνεται και ταραάζεται με τον παραμικρό θόρυβο ελπίζοντας στην επιστροφή της μητέρας του. Απωθεί τις νοσοκόμες που προσπαθούν να το παρηγορήσουν.

**Β) Απελπισία.** Το παιδί δεν παύει να έχει ανάγκη τη μητέρα του, αλλά αποθαρρύνεται όταν διαπιστώνει πως οι εκκλήσεις του είναι μάταιες. Κλαίει συχνά αλλά με τρόπο μονότονο και συνεχή. Μένει απαθές στο κρεβάτι του. Διέρχεται το «ήρεμο» στάδιο που συχνά ερμηνεύεται εσφαλμένα ως μείωση της θλίψης και προσαρμογή στο περιβάλλον. Απ' αυτό το στάδιο πηγάζουν πολυάριθμες συζητήσεις σχετικά με τα πλεονεκτήματα ή τα μειονεκτήματα των επισκέψεων: το παιδί ήταν ήρεμο μέχρι την επίσκεψη της μητέρας του της οποίας η αναχώρηση το έκανε να ξαναρχίσει να ουρλιάζει. Αυτό το σημείο δεν απέχει παρά μόνο ένα βήμα από την απόφαση ότι πρέπει να απαγορευτούν οι επισκέψεις της μητέρας, κι αυτή η αυθαιρεσία έχει γίνει αρκετές φορές...!

**Γ) Αρνηση.** Αποτελεί την τρίτη φάση κατά την οποία το παιδί φαίνεται πραγματικά ότι προσαρμόστηκε. Ενδιαφέρεται για ό,τι το περιβάλλει, για το φαγητό, τα παιχνίδια, κλπ. Το προσωπικό μπορεί να σχηματίσει την εντύπωση ότι το παιδί αρχίζει να γίνεται ευτυχισμένο. Μην μπορώντας να ανεχτεί αυτήν την τόσο έντονη θλίψη, το παιδί συμβιβάζεται βαθμιαία με την κατάσταση και παύει να εκδηλώνει τα συναισθήματα του προς τη μητέρα του η οποία δεν μπόρεσε να διακρίνει τις ανάγκες του. Όταν η τελευταία έρχεται να το επισκεφτεί, μόλις που την κοιτάει, και δείχνει ότι αδιαφορεί τελείως όταν ξαναφεύγει. Είναι μία ήρεμη κατάσταση, αλλά όπως το γράφει ο Robertson «αποτελεί σίγουρα ένα συνταρακτικό γεγονός η διαπίστωση ότι ένα τόσο μικρό παιδί είναι δυνατόν να μοιάζει να έχει χάσει κάθε ίχνος αγάπης για τη μητέρα του και το δεσμό μαζί της».

Αυτό το φαινόμενο προσαρμογής δεν είναι παρά απατηλό διότι αυτό το ήσυχο, «προσαρμοσμένο» παιδί, μετά την αναχώρηση του και με την επιστροφή στο σπίτι του δείχνει ότι αυτή η συμπεριφορά ήταν επιφανειακή. Το μοναδικό κριτήριο που θα αποδείκνυε ότι το παιδί ήταν ευτυχισμένο στο νοσοκομείο θα ήταν το αν εκδηλώνει ή όχι συμπεριφορά καθ' όλα ανάλογη με εκείνη πριν από τη νοσηλεία. Αυτό όμως δεν συμβαίνει παρά σπανίως.

Εάν ο αποχωρισμός διαρκέσει πάνω από ένα μήνα, φαίνονται φανερά οι επιπτώσεις της μερικής συναισθηματικής στέρησης την οποία ο Spitz αποκάλεσε ανακλιτική κατάθλιψη και της οποίας η κλινική εικόνα πλησιάζει σταδιακά την αντίστοιχη που περιγράψαμε παραπάνω με τον όρο «ιδρυματισμός», εκτός εάν μεταξύ τρίτου και πέμπτου μήνα το παιδί γυρίσει στη μητέρα του.

### **Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό**

Οι αρμοδιότητες του προσωπικού δεν περιορίζονται στην εξέταση των παιδιών και τη συνεχή ενημέρωση.

Οι σχέσεις τους με τους γονείς καταλαμβάνουν ένα άλλο εξίσου σημαντικό τομέα της δουλειάς τους. Σ' ένα σύγχρονο νοσοκομείο απασχολούνται τόσα πολλά άτομα, που οι γονείς δεν ξέρουν πάντα σε ποιον ν' απευθυνθούν. Προσπαθώντας να αντλήσουν πληροφορίες απ' οποιονδήποτε συναντήσουν, δυσκολεύονται να καταλάβουν το ρόλο του καθενός και την αρμοδιότητα του.

Είδαμε και παραπάνω τη σημασία μιας σωστής υποδοχής. Το δεύτερο βήμα, αφού έχει αποφασιστεί η παραμονή του παιδιού στην κλινική, είναι να ενημερώνονται τακτικά οι γονείς, ως προς την εξέλιξη της ασθένειας, και τα αποτελέσματα των συμπληρωματικών εξετάσεων μαζί με κάποια επεξηγηματικά σχόλια, ως προς την πιθανή διάρκεια παραμονής, τα τυχόν επακόλουθα κλπ.



Οι γονείς πρέπει να μαθαίνουν από τη στιγμή της εισαγωγής του παιδιού τους, ότι μπορούν να βλέπουν κάθε μέρα τον υπεύθυνο εσωτερικό γιατρό κατά το μεσημέρι, αφού έχει εξετάσει όλους τους ασθενείς. Μπορούν εξίσου να τηλεφωνήσουν αν τους είναι δύσκολο να μετακινηθούν αλλά ο σεβασμός του ιατρικού απόρρητου δεν επιτρέπει να δίδονται από το τηλέφωνο παρά μόνο πολύ γενικές πληροφορίες. Η καταπάτηση αυτής της αρχής αποτελεί σημαντική αιτία διενέξεων ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και την οικογένεια: οι γονείς τηλεφωνούν συνέχεια, οποιαδήποτε ώρα, και δεν μπορούμε να τους ενημερώσουμε χωρίς να διακόψουμε ανά πάσα στιγμή τη δουλειά των γιατρών, ενώ το παιδί, πολύ συχνά, μπορεί να μην έχει εξεταστεί ακόμα. Η άρνηση στην έκκληση των γονέων, τους κάνει ν' ανησυχούν. Αυτή η κατ' επανάληψη διακοπή στην εργασία τους εξοργίζει το προσωπικό. Ο καλύτερος τρόπος για να αποφευχθούν αυτές οι συγκρούσεις, είναι να δοθεί στους γονείς ένα τυπωμένο φυλλάδιο, που θα εξηγεί τί θα πρέπει να κάνουν για να πληροφορηθούν σχετικά με την κατάσταση υγείας του παιδιού τους, καθώς και προφορικές εξηγήσεις όταν θα το παίρνουν. Πρέπει να τονιστεί στους γονείς ότι είναι ανώφελο να τηλεφωνούν πριν το μεσημέρι διότι το παιδί τους δεν έχει ακόμη εξεταστεί. Μ' αυτό το μέτρο, ο γιατρός που θα τους απαντά θα είναι πάντα ο ίδιος και επιπλέον θα τους δοθεί το όνομα του ώστε να μην δημιουργούνται απρόσωπες σχέσεις.

Όταν οι γονείς, εξ αιτίας του επαγγέλματος τους δεν έρχονται παρά μόνο το απόγευμα, υπάρχει πιθανότητα να βλέπουν κάθε μέρα άλλο γιατρό, τον εσωτερικό δηλαδή, που τυχαίνει να διανυκτερεύει εκείνη την μέρα. Κάθε γιατρός, όπως είναι φυσικό, δεν εκφράζεται πάντα με τον ίδιο τρόπο, δεν εξηγεί την πάθηση με τα ίδια πάντα λόγια. Μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο αισιόδοξος ως προς την ημερομηνία εξόδου, μπορεί να επιχειρήσει να μετριάσει μία δυσάρεστη διάγνωση ή αντίθετα

να την μεγαλοποιήσει. Η έλλειψη συντονισμού δηλαδή που παρουσιάζεται στην ομάδα και που έχει ως συνέπεια να δίνονται διαφορετικές πληροφορίες στους γονείς έχει πολύ άσχημο αντίκτυπο στους τελευταίους.

Θέλουμε να τονίσουμε τη σημασία της τακτικής ενημέρωσης του ιατρικού φακέλου. Ο γιατρός από τον οποίο ζητούνται πληροφορίες, εφ' όσον δεν γνωρίζει καλά τον άρρωστο, θα μπορεί να ενημερώσει κάπως τους γονείς συμβουλευόμενος τις ιατρικές παρατηρήσεις. Αυτός ο κανόνας είναι πολύ βασικός, όσο μάλιστα συνηθίζεται να ρωτούν οι γονείς οποιονδήποτε, γιατρούς και νοσοκόμες για να συγκρίνουν τις απαντήσεις και να τις επαληθεύσουν. Κάθε έλλειψη συντονισμού σ' αυτόν τον τομέα είναι κατακριτέα.

Εκτός από τις σχέσεις τους με το γιατρό, οι γονείς μπορούν να κανονίσουν μια συνάντηση με τον διευθυντή του τμήματος ή έναν από τους επιμελητές, οι οποίοι παίζουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο με το να τους βοηθούν να απαλλαγούν από τις ενοχές τους.

*«Είναι σημαντικό να μπορούν οι οικογένειες να διατηρούν μια τακτική επαφή με κάποιο μέλος της νοσοκομειακής ομάδας, κατά προτίμηση πάντα το ίδιο. Οι συζητήσεις με τις οικογένειες πρέπει να γίνονται με άνεση χρόνου ώστε να ολοκληρώνονται, να διεξάγονται σε μια ήρεμη ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και όσο αυτό είναι δυνατόν στο χώρο που έχει ειδικά διευθετηθεί γι' αυτό το σκοπό. Δεν πρέπει η στάση του γιατρού προς τους γονείς να είναι πάντα η ίδια. Αλλά αντίθετα να προσαρμόζεται στην δική τους συμπεριφορά. Οι αντιδράσεις άγχους, ενοχής ή επιθετικότητας πρέπει να αντιμετωπίζονται με ηρεμία και κατανόηση, και όλες οι εξηγήσεις να δίνονται υπομονετικά και με σαφήνεια».*

Οι νοσηλεύτριες έχουν αναλάβει το ρόλο περίθαλψης και της επίβλεψης. Οι πρωινές νοσηλεύτριες ενημερώνονται χάρη στον φάκελο ασθενείας που τους διαβιβάζεται και που περιγράφει τα διάφορα προβλήματα που παρουσιάζει το παιδί. Κάνουν τις λήψεις των διαφόρων υγρών για εργαστηριακό έλεγχο, συμπληρώνουν τα παραπεμπτικά και παρέχουν ιατρικές και βρεφοκομικές φροντίδες, συμμετέχουν στην επίσκεψη των γιατρών, αφ' ενός για να κρατήσουν σημειώσεις σχετικά με τις εξετάσεις ή την θεραπεία που θ' ακολουθηθεί, και αφ' ετέρου για να συζητήσουν μαζί τους τα ενδεχόμενα οργανικά ή ψυχολογικά προβλήματα που μπόρεσαν να διαπιστώσουν. Φτιάχνουν το σχεδιάγραμμα της εργασίας τους. Συμπληρώνουν στη συνέχεια το φάκελο του ασθενούς που διαβιβάζεται, για να ενημερώνονται οι νοσηλεύτριες της επόμενης βάρδιας ως προς αυτό που έχουν να κάνουν. Κυρίως οι απογευμανές νοσηλεύτριες έρχονται σε μεγαλύτερη επαφή με τις οικογένειες των παιδιών και είδαμε παραπάνω μερικά από τα προβλήματα που έχουν ν' αντιμετωπίσουν. Συμμετέχουν στην απογευματινή επίσκεψη μαζί με το γιατρό που διανυκτερεύει. Οι νυχτερινές νοσηλεύτριες είναι υπεύθυνες για την επιτήρηση, παρέχουν τις νυχτερινές φροντίδες και ακόμη τις επείγουσες περιπτώσεις που καταφτάνουν: πρώτες βοήθειες, αναλήψεις κλπ. Συχνά υποκαθιστούν τη μητέρα κοντά στα παιδιά που φοβούνται το σκοτάδι και που αναζητούν τους γονείς τους. Αυτές είναι που δένονται περισσότερο συναισθηματικά με το παιδί αλλά και που έχουν τις λιγότερες σχέσεις με τις οικογένειες. Είναι θεμελιώδους σημασίας για το νοσηλευτικό προσωπικό να έχει μια καλή θεωρητική και πρακτική γνώση της ψυχολογίας των ανθρώπων που έχει να αντιμετωπίσει, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στα καθήκοντα του απέναντι στο παιδί και την οικογένεια του. Στην εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνεται η εξελικτική ψυχολογία και η

ψυχολογία της επικοινωνίας του παιδιού μέσα στην οικογένεια του και σε κάθε άλλο κοινωνικό περιβάλλον.

*«Σήμερα, στα περισσότερα από τα μεγάλα νοσοκομεία, ικανές και αφοσιωμένες νοσηλεύτριες, περιθάλπουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα παιδιά για τα οποία είναι υπεύθυνες. Έχουν συναίσθηση της θλίψης τους από τις πρώτες κιόλας στιγμές της νοσηλείας τους, και ξέρουν, τόσο από διαίσθηση όσο κι από την πείρα τους, ποιες λέξεις και ποιες χειρονομίες παρηγορούν τα παιδιά. Δυστυχώς, είναι συχνά ανεπαρκείς σε αριθμό, αν όχι για να παρέχουν τις απαραίτητες φροντίδες, τουλάχιστον για να ασχοληθούν ατομικά με κάθε παιδί. Είναι σημαντικό να παραμένει σταθερός ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού και να μην υπόκειται σε απότομες μεταβολές, που εμποδίζουν το παιδί όπως και τη νοσηλεύτρια να δημιουργήσει ψυχικούς δεσμούς, ενώ ξέρουμε ότι το νοσηλευόμενο παιδί νιώθει την ανάγκη να διατηρήσει την εικόνα της μητέρας μέσω ενός υποκατάστατου, που συχνά αντιπροσωπεύεται από τη νοσηλεύτρια. Για να αντιμετωπίσουν μια τέτοια «μεταβίβαση», οι νοσηλεύτριες πρέπει να είναι ψυχολογικά προετοιμασμένες διότι, αν κάποιες απ' αυτές συγκινούνται υπερβολικά, μπορεί να δημιουργηθεί μια σχεδόν μητρική αγάπη που αγγίζει τα όρια της αποκλειστικότητας, και που αποτελεί πηγή πολύ έντονων αισθημάτων. Οι νοσηλεύτριες δεν πρέπει να επιδιώκουν να γίνουν οι μητέρες των νοσηλευόμενων παιδιών. Οφείλουν να αρκούνται απλώς στο να τους παρέχουν μητρικές φροντίδες. Κυρίως, πρέπει να γίνουν καλοπροαίρετες και ανεκτικές παιδαγωγοί, ικανές να παρακολουθούν τη συμπεριφορά του παιδιού και του εφήβου, καθώς και τις σχέσεις του με τους γονείς του».*

## Οι επισκέψεις των γονέων

Εδώ και μερικές δεκαετίες, σε πολλά νοσοκομεία, οι γονείς δεν γίνονταν δεκτοί παρά μόνο μία φορά την εβδομάδα και για λίγες μόνο ώρες. Αυτοί οι αυστηροί κανονισμοί απέκτησαν σταδιακά κάποια ελαστικότητα, και σήμερα στη Γαλλία, οι δυνατότητες των γονέων διευρύνθηκαν.

Ο πολύ αυστηρός περιορισμός των επισκέψεων βασιζόταν σε μία δέσμη επιχειρημάτων: οι γονείς μεταφέρουν παθογόνα μικρόβια στις αίθουσες του νοσοκομείου. Οι επισκέψεις αναστατώνουν τα παιδιά που, όταν μένουν μόνα τους, προσαρμόζονται σταδιακά στη ζωή του νοσοκομείου σε σημείο μάλιστα να φαίνεται ότι ξεχνούν το σπίτι τους. Οι γονείς φέρνουν πολλά φαγητά και χαλάνε την ειδική διαίτα που ακολουθεί το παιδί. Τα παιδιά δέχονται πιο εύκολα να εξεταστούν και να ακολουθήσουν μια θεραπεία εν απουσία της μητέρας. Η παρουσία των γονέων μέσα στα τμήματα αναστατώνει τη δουλειά των γιατρών και των νοσοκόμων, εμποδίζει την τήρηση της απαιτούμενης πειθαρχίας, την παραμονή των παιδιών στο κρεβάτι τους, τις ιατρικές συζητήσεις σχετικά με κλινικές περιπτώσεις, τις έρευνες ή τις επώδυνες θεραπείες.

Όπως έγραφε ο καθηγητής Lelong, «είναι πράγματι αναμφισβήτητο ότι η επίσκεψη των γονιών διαταράσσει τη γαλήνη που επικρατεί στις αίθουσες των παιδιών εξ αιτίας της αναστάτωσης και του ψυχικού πόνου, που προκαλεί συχνά ο αποχωρισμός. Οι επισκέψεις γίνονταν σε καθορισμένο χρόνο, τις πρώτες απογευματινές ώρες και έβλεπε κανείς τους γονείς να έρχονται όλοι μαζί, και να μένουν αδρανείς και άπραγοι στα πόδια του κρεβατιού των παιδιών τους. Διακατέχονταν από αμηχανία, καθώς δεν μπορούσαν να ρωτήσουν πώς πάει το παιδί τους, εφ' όσον οι γιατροί έλειπαν και οι υπεύθυνες νοσοκόμες γευμάτιζαν».

«Φαίνεται λοιπόν ότι πρέπει να αυξηθούν οι ώρες των επισκέψεων, υπό τον όρο να μην εμποδίζεται η τεχνικής φύσεως λειτουργία του τμήματος. Αυτό επιτρέπει στις εργαζόμενες μητέρες να βλέπουν τα παιδιά τους και επιπλέον να μειώνονται οι θορυβώδεις και άσκοπες μαζικές επισκέψεις».

Η αντίδραση μιας μητέρας που «ξεσηκώνει» όλη την κλινική για ένα ασήμαντο σφάλμα είναι πέρα για πέρα κατανοητή. Η μητέρα ενός νοσηλευόμενου παιδιού στερείται ένα από τα πιο προσφιλή της προνόμια: τη φροντίδα του παιδιού της. Βρίσκεται σε μια ανασταλτική θέση που την περιορίζει, και αυτό το εκφράζει με μια ασυνήθιστη, και για την ίδια, συμπεριφορά. Για να δείξει στο παιδί αλλά και για να αποδείξει στον εαυτό της ότι δεν είναι κακή μητέρα και ότι δεν έχει παραιτηθεί από τα μητρικά της καθήκοντα, εκδηλώνει την αγάπη της με διάφορα δώρα και λιχουδιές, ακόμα κι αν οι τελευταίες έχουν απαγορευτεί από τον γιατρό. Για να ξανακερδίσει το χαμένο της, όπως πιστεύει κύρος, συμπεριφέρεται επιθετικά και κάνει πικρόχολες παρατηρήσεις με το παραμικρό πρόσχημα. Απαιτεί λ.χ. αλλαγή του κρεβατιού και καθαριότητα του δωματίου, ενοχλείται από τυχόν «ανάρμοστη» γειτνίαση (π.χ. «γιατί ο γιος μου κοιμάται κοντά σ' έναν μαύρο, ή σ' έναν Άραβα», κλπ.).

Κρατά μια έντονα κριτική στάση ως προς τη διάρκεια της θεραπείας: «είναι τώρα τρεις μέρες που έχει πόνους στην κοιλιά!», και είναι σαν να λέει: «δεν είστε καλοί γιατροί, και γω, η μητέρα του θα το είχα θεραπεύσει πιο γρήγορα».

Η συχνότητα αυτών των περιστατικών δημιουργεί, ως αντίδραση, την ανάγκη περιορισμού του χρόνου επισκέψεων, ώστε να εξασφαλιστούν κάποιες ώρες ηρεμίας σε ολόκληρη τη μέρα, κατά τη διάρκεια των οποίων θα ασκούνται οι θεραπευτικές διαδικασίες. Αυτή η λυπηρή στάση των μητέρων που διαπιστώνεται όλο και πιο συχνά

έρχεται σε αντίθεση με τις θεωρίες του Robertson, που θεωρεί ότι όσο συχνότερες είναι οι επισκέψεις, όσο η μητέρα έρχεται σε μεγαλύτερη επαφή με το παιδί της, όσο της επιτρέπουν να κάνει κάποιες απλές χειρονομίες όπως να το ταΐσει ή να το πλύνει, τόσο ο τρόπος που φέρεται ξαναγίνεται φυσιολογικός.

«Όσο περισσότερο η μητέρα εμποδίζεται στην έκφραση των φυσικών μητρικών της αισθημάτων, τόσο προσπαθεί να βρει ένα αντιστάθμισμα κάνοντας ακριβά δώρα ή κριτικάροντας τα πάντα ως ανταμοιβή του παιδιού για τις σύντομες επισκέψεις της. Πρόκειται για μια κοινώς απλή αποδεκτή αλήθεια που ερμηνεύει την ανθρώπινη συμπεριφορά. Είναι γνωστό δηλαδή, ότι οι άνθρωποι συμπεριφέρονται πολύ καλύτερα όταν μπορούν να εκφράσουν ελεύθερα κάθε έμφυτη προδιάθεση για δημιουργία παρά όταν η τελευταία αναχαιτίζεται. Αυτό εξηγεί και το λόγο για τον οποίο οι μητέρες που προσφέρουν οι ίδιες τις φροντίδες τους στις αντίστοιχες μονάδες για παιδιά συμπεριφέρονται πολύ λογικά, τόσο, που να προκαλεί έκπληξη σ' αυτούς που τις είχαν συναντήσει μόνο κατά τη διάρκεια περιορισμένου χρόνου επισκέψεων».

Η αναχώρηση των γονέων μετά την επίσκεψη είναι κάτι επικίνδυνο για το παιδί. Όταν μένει ξανά μόνο του καταλαμβάνεται από πραγματικό πανικό γιατί νομίζει ότι έχασε τη μητέρα του. Είναι σημαντικό να μην λένε ψέματα οι γονείς στο παιδί, όταν ετοιμάζονται να φύγουν, υποσχόμενοι ότι θα ξανάρθουν αργότερα ή ότι θα κοιμηθούν στο διπλανό δωμάτιο, αν αυτό δεν αληθεύει. Αυτές οι συχνές αδέξιες ενέργειες δημιουργούν στο παιδί ένα έντονο αίσθημα ανασφάλειας. Είναι προτιμότερο να φύγουν αφήνοντας του ένα παιχνιδάκι και δίνοντας του ένα φιλί μαζί με την υπόσχεση ότι θα ξανάρθουν την επομένη επισημαίνοντας του αν είναι δυνατόν, την ακριβή ώρα ώστε να φροντίσει να είναι εκεί όταν έρθουν αν π.χ. έχει πάει μαζί με τα άλλα παιδιά ν' ακούσει ραδιόφωνο.

Είναι αυτονόητο ότι πρέπει να αποφεύγονται τα δάκρυα γιατί επιδρούν πολύ άσχημα στο ηθικό του παιδιού! Καλό θα ήταν επίσης να μένει η νοσηλεύτρια δίπλα στο παιδί μετά την αναχώρηση της μητέρας του, για να μην αισθανθεί εγκαταλελειμμένο, και βέβαια όλες οι νοσηλεύτριες του παιδιατρικού τμήματος ξέρουν τί πρέπει να πουν και να κάνουν για να παρηγορήσουν τους μικρούς ασθενείς. Οι πολλές και συχνές επισκέψεις των γονέων, μετριάζοντας το αίσθημα του αποχωρισμού και επαυξάνοντας εκείνο της ασφάλειας, ωφελούν το άρρωστο παιδί, υπό τον όρο να διεξάγονται μέσα σ' ένα κλίμα ηρεμίας και να το καθησυχάζουν.

### **Τα πλεονεκτήματα που παρέχει η παραμονή των μητέρων στο νοσοκομείο**

«Η παραμονή των μητέρων στο νοσοκομείο παρέχει πέντε τουλάχιστον πλεονεκτήματα:

- Είναι σαφώς υπέρ του κυρίου ενδιαφερόμενου δηλαδή του παιδιού.
- 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.
- Είναι ένα μεγάλο όφελος για τις νοσηλεύτριες, που μαθαίνουν πλάι σε κάποιες αξιόλογες μητέρες όχι μόνο με ποιο τρόπο να βρουν σημεία επαφής με τα παιδιά αλλά παίρνουν και ένα μάθημα ζωής.
- Είναι, ένα προνόμιο για τα άλλα παιδιά που δεν συνοδεύονται και στα οποία οι νοσηλεύτριες μπορούν να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο.



- Είναι ένα προνόμιο επίσης για τους φοιτητές ιατρικής, για την ανθρωπιστική και ψυχολογική τους κατάρτιση από την οποία θα εξαρτηθεί η μελλοντική τους δραστηριότητα.

Έτσι:

1. Αποφεύγονται οι συναισθηματικές αντιδράσεις που οφείλονται στη στέρηση της μητρικής παρουσίας.
2. Ελαττώνονται οι συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που ακολουθούν τη νοσοκομειακή νοσηλεία.
3. Μειώνεται η διάρκεια νοσηλείας εφ' όσον η μητέρα μαθαίνει να παρέχει τις φροντίδες τις οποίες θα μπορέσει να συνεχίσει στο σπίτι, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα μιας πιο πρόωρης εξόδου.
4. Η μητέρα απαλλάσσεται από αισθήματα ενοχής, συμμετέχοντας στην περίθαλψη του παιδιού της.
5. Οι φοιτητές ιατρικής και οι νοσηλεύτριες παρατηρούν και μελετούν τις σχέσεις μητέρας-παιδιού.

Γι' αυτό «Αν πραγματικά υπάρχουν μητέρες που αναστατώνουν την ατμόσφαιρα της κλινικής με το υπερβολικό τους άγχος και την επιθετικότητα τους, δεν αποτελούν παρά μια ασήμαντη μειοψηφία που συμπεριφέρεται έτσι λόγω άγνοιας σχετικά με την αρρώστια του παιδιού και που μπορεί να ηρεμήσει με τις υπομονετικές και καλοπροαίρετες εξηγήσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού».

**Τα πλεονεκτήματα της νοσηλείας μητέρας-παιδιού σύμφωνα με τον Antonio Marcio J. Lishoa, καθηγητή της παιδιατρικής στο Πανεπιστήμιο της Brasilia στη Βραζιλία.**

#### ***I. Πλεονεκτήματα για τις μητέρες:***

- Μεγαλύτερη εμπιστοσύνη όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
- Μείωση του άγχους.

- Βελτίωση σχέσεων μητέρας-παιδιού.
- Συμμετοχή στην περίθαλψη του παιδιού τους.
- Ενημέρωση σε θέματα υγιεινής.
- Ενημέρωση σε θέματα διατροφής.
- Εξοικείωση με θέματα δοσολογίας φαρμάκων όπως ινσουλίνης, διγκοξίνης κλπ.
- Εκμάθηση κάποιων απλών φροντίδων νοσηλευτικής.

## ***II. Πλεονεκτήματα για τα παιδιά:***

- Ικανοποίηση της ανάγκης επαφής με τη μητέρα.
- Περισσότερα γλωσσικά ερεθίσματα.
- Περισσότερες δραστηριότητες επιδεξιότητας και χειρισμών για τη διερεύνηση του χώρου.
- Περισσότερη στοργή, υποστήριξη και καθοδήγηση.
- Περισσότερη ασφάλεια.
- Περισσότερη επίβλεψη.

## ***III. Πλεονεκτήματα για το νοσηλευτικό προσωπικό:***

- Περισσότερος χρόνος για τις σοβαρές περιπτώσεις.
- Μεγαλύτερη διευκόλυνση ως προς τη συλλογή πληροφοριών (σχετικά με το παιδί).
- Μεγαλύτερη ηρεμία ως προς την επίβλεψη.
- Καλύτερες σχέσεις με την οικογένεια και το παιδί.
- Περισσότερος χρόνος για περαιτέρω εκπαίδευση ή εξειδίκευση.

## ***IV. Πλεονεκτήματα για τους γιατρούς:***

- Καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.
- Καλύτερη επικοινωνία με το παιδί και την οικογένεια.
- Πιο σαφείς πληροφορίες.

- Μεγαλύτερη ηρεμία ως προς τη στενή παρακολούθηση των παιδιών.

#### ***V. Πλεονεκτήματα για τους φοιτητές:***

- Δυνατότητα βελτίωσης της σχέσης με την μητέρα και το παιδί της.
- Πιο άρτια παιδιατρική κατάρτιση ως προς την αναγκαιότητα διαλόγου με τη μητέρα.
- Πληρέστερη γνώση των αντιδράσεων της μητέρας όταν το παιδί της νοσηλεύεται.
- Δυνατότητες σύγκρισης των αντιδράσεων των παιδιών με ή χωρίς τις μητέρες τους.
- Αποδοχή της μητρικής παρουσίας μέσα στις κλινικές.

#### ***VI. Πλεονεκτήματα για το διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου:***

- Πιο ανθρώπινες συνθήκες περίθαλψης.
- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας
- Καλύτερη απόδοση σε όλη την κλινική.
- Μείωση του κόστους ημερήσιας νοσηλείας.
- Καλύτερες σχέσεις με την κοινότητα.
- Καλύτερη διεκπεραίωση καθηκόντων απέναντι στην κοινότητα.
- Καλύτερη περίθαλψη.
- Πτώση της θνησιμότητας,

Αυτό που κυρίως μας ενδιαφέρει είναι ψυχολογικής φύσεως και αφορά βασικά στα παιδιά από 6 μηνών έως 3 χρόνων, για τα οποία η απότομη αποκοπή από τους γονείς επιφέρει πάντα τραύματα. Μόλις φεύγουν οι γονείς, από τη στιγμή που γδύνουμε το βρέφος μέσα σε κάποιους άγνωστους χώρους, έχουμε κατά κάποιον τρόπο την εντύπωση ότι καταρρέει όλος του ο κόσμος. Ας προσπαθήσουμε, με τον Καθηγητή

Rene Bernard να τοποθετηθούμε έστω και για λίγες στιγμές στη θέση αυτού του μικρού παιδιού:

*«Απότομα αποκομμένο από το οικογενειακό του περιβάλλον για να τοποθετηθεί κατόπιν σ' ένα κρεβάτι-φυλακή που κι αυτό με τη σειρά του βρίσκεται σ' έναν απομονωμένο θάλαμο (box) από γυαλί, το παιδί βρίσκεται ξαφνικά αντιμέτωπο με άγνωστα πρόσωπα, πολλές φορές με μάσκα, και των οποίων τα καλοσυνάτα χαμόγελα δίνουν πολύ γρήγορα τη θέση τους σε ποικίλους χειρισμούς ως επί το πλείστον επώδυνους. Αυτή η ξαφνική αλλαγή κλίματος που γίνεται περισσότερο αισθητή μέσα σ' ένα περιβάλλον ήδη παθολογικό, δεν επιδέχεται καμία λογική εξήγηση για το νεαρό μας ασθενή. Από κει και πέρα είναι εύλογο ότι το βρέφος θα κρατήσει από την εμπειρία του εκεί μια ανάμνηση συνοδευόμενη από αισθήματα φόβου που ενδέχεται να συνεχίσουν να υπάρχουν και μετά την περίοδο του αποχωρισμού. Κατά τη διάρκεια των πρώτων αυτών χρόνων στη ζωή ενός παιδιού, όπου τόσο συχνά μιλάμε για «ψυχικά τραύματα» θα ήταν δύσκολο να τα παραβλέψουμε σε τέτοιες περιστάσεις».*

Τα πλεονεκτήματα που αναφέραμε παραπάνω δεν μπορούν παρά να αναφέρονται και στην ευαίσθητη ψυχολογία των γονιών ιδίως όταν βρίσκεται σε κίνδυνο η ζωή του παιδιού. Είναι ανθρώπινο να ζητά κανείς από τους γονείς ενός πολύ άρρωστου παιδιού, να ξανάρθουν για να μάθουν νέα του το επόμενο πρωί, διαβεβαιώνοντας τους ότι αν συμβεί κάτι σοβαρό θα ειδοποιηθούν από το τηλέφωνο;

Αν παραμερίσουμε τις ψυχοσυναισθηματικές όψεις του προβλήματος, πολλές ακόμα προτάσεις πρακτικής φύσεως πρέπει να τεθούν σε εφαρμογή όταν η μητέρα συμβάλλει στη θεραπεία, κυρίως σε καθαρά ιατρικό επίπεδο. Πράγματι, οι μητέρες μπορούν να ασκήσουν πολύ στενή επίβλεψη σε περίπτωση καταστάσεων παροξυσμού: κρίσεις

σπασμών, σπασμοί επιγλωττίδας, κλπ. Μερικά παιδιά με οξεία εγκεφαλοπάθεια που έχουν διαταραχές συμπεριφοράς επωφελούνται κι αυτά από τη μητρική παρουσία όταν τυχαίνει να νοσηλεύονται για κάποιο άλλο πρόβλημα.

Οι πολύ συχνές κατά τη διάρκεια της ημέρας φροντίδες που έχουν σχέση με την υγιεινή και τη διατροφή του παιδιού και που μπορεί να επιβάλλονται από κάποια νόσο του πεπτικού συστήματος μπορούν να γίνουν από τη μητέρα. Αυτή η χειρονομία που ανήκει αποκλειστικά στη δικαιοδοσία της, εκτός βέβαια από τους ειδικούς «τεχνικούς» χειρισμούς που εκτελούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό, απομακρύνει τον κίνδυνο ηυξημένης λοίμωξης.

Η μείωση της διάρκειας νοσηλείας και των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, και η καλύτερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων του προσωπικού για την επιλογή και συγκρότηση του οποίου είναι γνωστό ότι παρουσιάζονται δυσκολίες, προβάλλονται σε τελευταία ανάλυση ως οικονομικό όφελος αποδεικνύοντας το μειωμένο κόστος της νοσηλείας μητέρας παιδιού.

### **Μειονεκτήματα από τη μητρική παρουσία στο νοσοκομείο**

Από τον καιρό που ο Spence έδωσε το παράδειγμα στο Newcastle η αντίδραση απέναντι στην ιδέα παραμονής της μητέρας στο νοσοκομείο συνεχίζει να είναι μεγάλη.

*«Το γιατί οι Διευθυντές κλινικών πρέπει να αντιτίθενται αυστηρά στην παρουσία της μητέρας στο προσκεφάλι του παιδιού της είναι σχεδόν αυτονόητο. Η κλινική τους δεν αναλαμβάνει παρά δύσκολες περιπτώσεις που παρακολουθούνται εντατικά από ένα αυστηρά επιλεγμένο και με υψηλή εξειδίκευση προσωπικό και κάθε συνωστισμός αποτελεί από μόνος του υπέρτατο κίνδυνο»*

Ακόμα κι αν από την πλευρά της μητέρας δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα, παρουσιάζονται δυσκολίες στο νοσοκομείο:

Η διαρκής παρουσία μιας γυναίκας σ' ένα νοσοκομείο μπορεί να επιφέρει συγκρούσεις με το προσωπικό. Η μητέρα μπορεί να είναι ανήσυχη και απαιτητική. Ένα πολύ σωστό μέτρο και εν γένει εφαρμόσιμο είναι η απομάκρυνση της μητέρας κατά τη διάρκεια επώδυνων ιατρικών φροντίδων. Τί να κάνει κανείς όταν αρνείται να φύγει, επαυξάνοντας ακόμα και με την παρουσία της τον πόνο του παιδιού της; Ωστόσο, θα ήταν απάνθρωπο να μην επιτραπεί σε μια μητέρα, όταν ο γιατρός είναι σύμφωνος, να περάσει τη νύχτα δίπλα στο άρρωστο παιδί της. Από την άλλη μεριά, πρέπει να υπολογίσει κανείς τα κρεβάτια που προορίζονται για τους γιατρούς που μένουν εκεί και το βράδυ καθώς και κάποιες ανέσεις που κατά κανόνα παρέχονται στην ιδιωτική πελατεία των κλινικών. Γι' αυτόν το λόγο είμαστε της γνώμης, χωρίς βέβαια να γενικευτούν αυτές οι διευκολύνσεις και στο κρατικό νοσοκομείο, να επιτρέπεται σε μερικές μητέρες να διανυκτερεύσουν στην κλινική σε δωμάτια που θα προορίζονται ειδικά γι' αυτές. Εξ άλλου, τα ατομικά δωμάτια των παιδιών μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας θα έπρεπε να παρέχουν τη δυνατότητα τοποθέτησης μιας βαθιάς πολυθρόνας όπου η μητέρα θα μπορούσε σ' αυτήν την εξαιρετική περίπτωση να μείνει κοντά στο παιδί της. Το πρόβλημα της ταυτόχρονης παραμονής στο νοσοκομείο μητέρας-παιδιού φέρνει στην επιφάνεια το αντίστοιχο της ιδιαίτερης μεταχείρισης στο κρατικό νοσοκομείο της ιδιωτικής πελατείας».

Πράγματι, τα δωμάτια στις ιδιωτικές μονάδες νοσηλείας είναι διαρρυθμισμένα έτσι ώστε να εξυπηρετούν συνοδευόμενα παιδιά. Μήπως αυτό σημαίνει ότι μόνο οι ευκατάστατοι γονείς έχουν το δικαίωμα να μείνουν κοντά στο άρρωστο παιδί τους; Στην πραγματικότητα, η πλειοψηφία των νοσοκομειακών παιδιάτρων αρνούνται αυτόν τον, με

βάση οικονομικά κριτήρια, διαχωρισμό και τα λεγόμενα «ιδιωτικά» δωμάτια χρησιμοποιούνται πολύ συχνά για εκείνες τις περιπτώσεις που φαίνεται να δικαιολογούν ιατρικά ή ψυχολογικά την οικογενειακή παρουσία.

Ο φόβος για την διατάραξη της οικογενειακής ισορροπίας που επισημάνθηκε από τους Auroousseau και Cheverry φαίνεται κάπως υπερβολικός. Αν είναι βέβαιο ότι μια μητέρα δεν μπορεί να εγκαταλείψει ένα ή περισσότερα παιδιά στο σπίτι, χωρίς εξωτερική βοήθεια είναι συγχρόνως και αρκετά σπάνιο να μην βρεθούν γυναίκες που να προσφερθούν να βοηθήσουν για αυτήν την περίπτωση, ιδίως όταν πρόκειται για μικρά διαστήματα.

Πιο σοβαρή είναι η ένταση που αφορά στις ηυξημένες δυσκολίες που παρουσιάζονται όταν οι γονείς παρευρίσκονται σε εξετάσεις ή άλλες φροντίδες. Ο James Robertson ασχολείται μ' αυτό το θέμα στο βιβλίο του *Young Children in Hospital*:

*«Δεν μπορεί να δοθεί μια απλή απάντηση στο να μάθουμε κατά πόσο η μητέρα μπορεί να παρευρίσκεται κατά τη διάρκεια εξετάσεων και επώδυνων θεραπευτικών διαδικασιών. Ο ισχυρισμός ότι τα παιδιά χειραγωγούνται πιο δύσκολα παρουσία της μητέρας αληθεύει σε μεγάλο βαθμό. Το κριτήριο όμως της καλής ψυχικής κατάστασης ενός παιδιού δεν είναι η υπακοή του, και η καλή θέληση να υποστεί μια εξέταση ή κάτι επώδυνο που προέρχεται μάλιστα από αγνώστους. Είναι αλήθεια ότι υποτάσσεται λιγότερο όταν παρευρίσκεται η μητέρα του, αλλά αν εξετάσουμε τις βαθύτερες επιπτώσεις βλέπουμε ότι είναι ασύγκριτα καλύτερο για το παιδί να αισθάνεται ελεύθερο να διαμαρτυρηθεί όταν αυτή είναι εκεί παρά να υποτάσσεται χωρίς αντίρρηση κατά την απουσία της (...). Καμιά φορά, όταν ένας γιατρός αποφασίζει να αποκλείσει τη μητρική παρουσία προφασιζόμενος ότι θα είναι οδυνηρό γι' αυτήν να βλέπει το*

*παιδί να υποφέρει, μια πιο βαθιά εξέταση του ζητήματος θα μας έπειθε ότι κατά βάθος, φοβάται μήπως ο ίδιος κάνει κακό στο παιδί παρουσία της μητέρας του.*

*Υπάρχουν μητέρες που αδυνατούν να αντιμετωπίσουν μία κατάσταση οδυνηρή για το παιδί τους και θα ήταν άστοχο να ισχυριστούμε κατηγορηματικά ότι θα έπρεπε να παρευρίσκονται σε ό,τι γίνεται. Ωστόσο, δεν αμφισβητούμε ότι αν η μητέρα είναι παρούσα και ελέγχει τις αντιδράσεις της, αυτό είναι απείρως καλύτερο για το παιδί από το τρομακτικό συναίσθημα ότι το εγκαταλείπει ανυπεράσπιστο στον πόνο. Αν εισάγουμε μια μητέρα στο νοσοκομείο για να νιώσει ασφαλές το παιδί της, και αποκλείσουμε την παρουσία της από κάποια εξέταση ή θεραπεία έχουμε να κάνουμε με δύο πράγματα που έρχονται σε αντίφαση».*

Τις περισσότερες φορές είναι αναγκαίο οι γονείς να αποχωρούν πριν από επώδυνες θεραπευτικές διαδικασίες. Μετά από μια πολύ σύντομη διαμαρτυρία, το παιδί συνήθως υποτάσσεται οικειοθελώς, στις απαιτήσεις της νοσηλευτικής ομάδας. Αυτό ισχύει κυρίως για θεραπευτικές πράξεις που απαιτούν λεπτότητα και είναι τεχνικά δύσκολες όπως λήψη αίματος, τοποθέτηση ορού ενδοφλεβίως, οσφυονωτιαία παρακέντηση ή παρακέντηση του υπεζωκότος, κλπ. Κι αυτό διότι η διέγερση του παιδιού μπορεί να εμποδίσει την πραγματοποίησή τους.

Μία άλλη αντίρρηση που υπάρχει συχνά, μας φαίνεται δικαιολογημένη: είναι πράγματι πολύ δυσάρεστο για το προσωπικό να συναντά στους διαδρόμους μητέρες ανήσυχες, αγχώδεις, ή αργόσχολες και ενοχλητικές. Παρ' όλα αυτά η πλειοψηφία των μητέρων είναι δυνατόν να τηρήσει κάποια σχετική πειθαρχία αν βοηθά σ' αυτό η γενική διαρρύθμιση των χώρων. Πρέπει ωστόσο να παραδεχτούμε ότι μερικές δύσκολες μητέρες χρειάζονται ειδική μεταχείριση και καμιά φορά



«έξωση» από την κλινική διότι η συγκατοίκηση μητέρας-παιδί δεν πρέπει να αποτελεί εμπόδιο στην ομαλή λειτουργία μιας κλινικής και στην εκτέλεση των απαραίτητων φροντίδων. Έχει μάλλον εξάλλου παρατηρηθεί ότι ακόμα και ο απλός χωρισμός από το οικογενειακό περιβάλλον αποδεικνύεται σε κάποιες περιπτώσεις σωτήριο.

Ο Meadow έθεσε κάποιες ερωτήσεις σε νοσοκόμες που δεν είχαν δοκιμάσει την εμπειρία της νοσηλείας μητέρας-παιδιού. Φοβόντουσαν ότι θα έχαναν το κύρος τους και ότι απέναντι στο γιατρό θα μετρούσε περισσότερο η γνώμη των γονιών παρά η δική τους. Υπέθεταν επίσης ότι δεν θα τους απέμεναν παρά μερικά άχαρα καθήκοντα, ότι οι νοσηλευτικές πράξεις θα ασκούνταν με περισσότερη δυσκολία, ότι θα είχαν λιγότερη επαφή με τα παιδιά και ότι θα υποχρώνονταν να υποστούν την επιθετικότητα των γονέων.

### **Αναγκαίες προϋποθέσεις για τη νοσηλεία μητέρας παιδιού**

Είναι αυτονόητο ότι για να δεχτεί το νοσοκομείο τις μητέρες και τα παιδιά τους πρέπει να διαθέτει και ανάλογους χώρους με κρεβάτια, καθίσματα, είδη υγιεινής, αίθουσες συγκεντρώσεων, ιατρικές μπλούζες. Η εμπειρία όμως δείχνει ότι ως επί το πλείστον, οι μητέρες αρκούνται στα εντελώς βασικά προκειμένου να μπορούν να μείνουν στο προσκέφαλο του άρρωστου παιδιού τους. Οι μητέρες μπορούν να φιλοξενηθούν μέσα στο δωμάτιο του παιδιού ή να συγκεντρωθούν σ' ένα κτίριο προορισμένο γι' αυτές όπως στην περίπτωση του Royal Alexandra Hospital for Children του Sidney στην Αυστραλία. Παραθέτουμε αποσπάσματα από το βιβλιαράκι υποδοχής που δίνεται στους γονείς σ' αυτό το σημαντικό νοσοκομείο για παιδιά:

*«Μπορούμε να φιλοξενήσουμε τους γονείς στον ξενώνα του νοσοκομείου για να μπορούν να βρίσκονται κοντά στα παιδιά τους. Σε*

περίπτωση που, ελλείψει χώρου, το νοσοκομείο δεν είναι σε θέση να τους δεχτεί, παραπέμπονται σε έναν κοντινό ξενώνα. Πληροφορηθείτε εάν τα έξοδα διαμονής καλύπτονται από την ασφάλεια ασθενοίας σας. Στην αντίθετη περίπτωση θα επιβαρυνθείτε εσείς. Αν διαπιστώσετε ότι τα έξοδα διαμονής επιβαρύνουν εσάς αποκλειστικά και σας είναι δύσκολο να ανταπεξέλθετε, συζητήστε αυτό το πρόβλημα με μία κοινωνική λειτουργό πριν την εισαγωγή στην κλινική. Ο λόγος για τον οποίο συνοδεύετε το παιδί σας είναι για να του παρέχετε την αίσθηση ασφάλειας και τη βοήθεια που τόσο έχει ανάγκη. Δεν θέλουμε λοιπόν να έχετε οικονομικές δυσκολίες. Τα έξοδα φιλοξενίας στο νοσοκομείο ανέρχονται σε 365 φράγκα την εβδομάδα (Αύγουστος 1981) για ένα μονόκλινο δωμάτιο και τρία γεύματα την ημέρα. Εκτός από τα παραπάνω έξοδα πρέπει να προνοήσετε και για τα ατομικά σας έξοδα. Σας συμβουλεύουμε να φέρετε μαζί σας τον απαραίτητο ρουχισμό. Ένα πλυντήριο και ένας στεγνωτήρας βρίσκονται στη διάθεση σας στον ξενώνα των γονέων, πράγμα που θα σας επιτρέψει να πλύνετε επί τόπου τα ρούχα σας. Τα απορρυπαντικά όμως που χρησιμοποιείτε πρέπει να τα αγοράσετε μόνοι σας. Μη φέρετε ούτε σεντόνια, ούτε κουβέρτες, ούτε πετσέτες γιατί θα σας δοθούν στο νοσοκομείο. Για να κάνετε τη διαμονή σας πιο ευχάριστη σας προτείνουμε να φροντίστε για περιοδικά, εφημερίδες, βιβλία, ραπτική, κεντήματα κλπ.

Μην ξεχάσετε, να φέρετε στυλό, χαρτιά αλληλογραφίας και φάκελα για να γράψετε στην οικογένεια σας και στους φίλους σας.

Το παιδί σας κατά τη νοσηλεία του θα αισθάνεται ασφάλεια και άνεση αν περνάτε όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο μαζί του. Δεν υπάρχουν καθορισμένα ωράρια επισκέψεων, μπορείτε να μείνετε κοντά του ολόκληρη την ημέρα, ακόμη και το βράδυ αν το επιθυμείτε. Η βοήθεια που θα προσφέρετε θα είναι ευπρόσδεκτη αν μπορείτε να συμβάλλετε, ιδίως σε ό,τι αφορά στις καθημερινές φροντίδες (να φροντίζετε για την καθαριότητα και την υγιεινή του, για τα γεύματα του, να το πηγαίνετε στην τουαλέτα, να

παίζετε μαζί του...)). Πιστεύουμε επίσης ότι είναι πολύ σημαντικό να ενημερώνονται οι γονείς ως προς την πρόοδο της κατάστασης της υγείας του παιδιού τους. Αν θέλετε να δώσετε ή να πάρετε πληροφορίες ιατρικής φύσεως σχετικά με το παιδί σας ή να θέσετε κάποιες ερωτήσεις ως προς την κατάσταση της υγείας του, ζητείστε από τη νοσοκόμα να επικοινωνήσει με το γιατρό, ο οποίος θα σας βοηθήσει ευχαρίστως.

Αν εξηγήσετε στο παιδί σας αυτό που, του συμβαίνει, θα σας έχει περισσότερη εμπιστοσύνη, κυρίως αν του δείξετε το έντονο ενδιαφέρον σας, μένοντας όμως τίμια μαζί του. Ακόμα κι αν δεν μπορεί να αποφύγει κάποια αδιαθεσία ή στη χειρότερη περίπτωση τον πόνο (επίδεσμοι, ενέσεις, κλπ.) θα αισθανθεί περισσότερο ασφαλές και λιγότερο δύσπιστο αν είστε έντιμοι απέναντι του και του δείξετε με τον πιο πειστικό τρόπο ότι εσείς και όλοι εκεί θέλετε να γίνει γρήγορα καλά και να γυρίσει το συντομότερο στο σπίτι.

Στον ξενώνα βρίσκεται μία υπεύθυνη που είναι πάντα έτοιμη να σας βοηθήσει. Μπορείτε να συμμετέχετε κάθε Τρίτη βράδυ σε μια φιλική συγκέντρωση όλων των γονέων. Τα γεύματα σερβίρονται στην τραπέζα των γονέων που βρίσκεται στον πρώτο όροφο του κυρίως κτιρίου του νοσοκομείου».

Ένας τέτοιος κανονισμός δίνεται στους γονείς από το γιατρό ή τη νοσοκόμα που οφείλουν να εξηγήσουν στους γονείς με τον καλύτερο τρόπο τις βασικές αρχές πειθαρχίας που απαιτούνται ως προϋπόθεση για την παρουσία τους εκεί. Ο Α. Lisboa υπενθυμίζει τα κύρια σημεία στα οποία πρέπει να επιμείνουμε:

1. Η παρουσία της μητέρας είναι προαιρετική. Αν το επιθυμεί, μπορεί ν' αφήσει το παιδί στην κλινική και να το επισκεφθεί όποτε αυτή το θέλει.
2. Δεν επιτρέπεται να καπνίζει μέσα στην κλινική.

3. Απαγορεύεται να κυκλοφορεί στους διαδρόμους που δεν προορίζονται για άτομα που δεν ανήκουν στο προσωπικό.
4. Πρέπει να φροντίζει μόνη της για την καθημερινή της τουαλέτα.
5. Πρέπει πάντα να φορά ιατρική μπλούζα.
6. Δεν μπορεί να κοιμάται στο πάτωμα.
7. Θα ασχολείται με το παιδί της και ενδεχομένως θα μπορεί να βοηθά στη φροντίδα άλλων παιδιών που δεν έχουν την τύχη να έχουν κοντά τους τη μητέρα τους και αισθάνονται ακόμα πιο εγκαταλελειμμένα όταν το παιδί που νοσηλεύεται δίπλα τους συνοδεύεται.
8. Δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιεί τους διαδρόμους ως τόπο συγκέντρωσης.
9. Πρέπει να κάτσει κοντά στο παιδί της για να το επιβλέπει, να το φρόντιζε και να το ταΐζει.
10. Οφείλει να συμμετέχει σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες καθώς και σ' εκείνες που αναφέρονται σε θέματα διαιτολογίας ή υγιεινής.
11. Πρέπει να βοηθά στη διατήρηση των κανόνων υγιεινής και πειθαρχίας μέσα στην κλινική.
12. Αν αποδειχτεί ότι είναι φορέας παθογόνων μικροοργανισμών δεν μπορεί να παραμείνει κοντά στο παιδί της.
13. Οι μητέρες που δεν συμφωνούν με τον κανονισμό ή που δεν θέλουν να μείνουν μέσα θα έχουν τη δυνατότητα να επισκέπτονται το παιδί τους κάθε μέρα σύμφωνα με ένα ωράριο που θα ορίζεται από την γενική προϊσταμένη της κλινικής σε συμφωνία με τη διεύθυνση του νοσοκομείου.
14. Η μητέρα μπορεί να αντικατασταθεί από άλλα πρόσωπα υπό την προϋπόθεση να είναι γνώριμα στο παιδί και να είναι πάνω από 18 ετών.

Η παραμονή των μητέρων στο νοσοκομείο επιβάλλει στο νοσηλευτικό προσωπικό ηυξημένη απασχόληση και πρέπει να του

δοθούν εξηγήσεις έτσι ώστε να καταλάβει τη σπουδαιότητα του. Ενημέρωση σχετικά μ' αυτό το θέμα θα έπρεπε να παρέχεται στις σχολές αδελφών νοσοκόμων και στις κλινικές που είναι ευαισθητοποιημένες στο πρόβλημα.

Ο Καθηγητής Lisboa του Πανεπιστημίου της πόλης Brasilia τονίζει ιδιαίτερα τις σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού και των μητέρων:

1. Πρέπει να εξασφαλίσουν τη συνεργασία με τις μητέρες.
2. Να δώσουν στις μητέρες να καταλάβουν ότι η παρουσία τους είναι επιθυμητή και χρήσιμη και όχι απλώς ανεκτή.
3. Να τις συμβουλέψουν και να διορθώσουν άσχημες συνήθειες υγιεινής, λάθος γνώσεις, εσφαλμένες ιδέες και κάθε άλλη λανθασμένη συμπεριφορά.
4. Να τους επισημάνουν ότι είναι απαραίτητο να ακολουθούν τις οδηγίες που πήραν κατά την εισαγωγή τους εκεί.
5. Να τους δείξουν τί θα πρέπει να παρατηρούν στο παιδί τους για να μπορούν να περιγράψουν την κατάσταση του.
6. Να τους δείξουν πως να διατηρούν καθαρή την κλινική.
7. Να τους δείξουν πώς να τρέφουν σωστά τα παιδιά τους, και πώς να χρησιμοποιούν τα φάρμακα.
8. Να συμπεριφέρονται στις μητέρες με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη στοργή και όχι ακολουθώντας κάποιους τύπους.
9. Να συμμετέχουν στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες που γίνονται για τις μητέρες επιμένοντας σε θέματα υγιεινής: πώς να πλένουν τα χέρια τους, τι να κάνουν με το βρώμικο ρουχισμό, κλπ.
10. Να εξηγήσουν τη διαφορά ανάμεσα στα καθήκοντα που μπορούν να εκπληρώσουν οι μητέρες και αυτά που εξαρτώνται από το ειδικευμένο προσωπικό.
11. Να τους εξηγήσουν τη σωστή παρασκευή των γευμάτων.

Και οι γιατροί επίσης παίζουν ένα σημαντικό ρόλο σ' αυτόν τον τομέα εφ' όσον είναι στη δικαιοδοσία τους:

1. Να εξηγήσουν στις μητέρες πόσο ωφελεί η παρουσία τους.
2. Να απαντούν σε όλες τις ερωτήσεις της μητέρας και να διαλύουν τις αμφιβολίες της.
3. Να επιμένουν ως προς την αναγκαιότητα τήρησης των οδηγιών που δόθηκαν.
4. Να συμμετέχουν στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες οργανώνοντας συζητήσεις με τις νοσοκόμες σχετικά με τα ακόλουθα θέματα: διάρροια, διαιτολόγια, εμβόλια, διατροφή, υγιεινή, αποτοξίνωση κλπ.

### **Προϋποθέσεις για την παραμονή της μητέρας στο νοσοκομείο**

Σήμερα στη Γαλλία, ο θηλασμός αντιπροσωπεύει τη μόνη νόμιμη προϋπόθεση παραμονής της μητέρας στο νοσοκομείο.

Είδαμε όμως πως οι προϋποθέσεις αυτές είναι πολύ περισσότερες. Η παραμονή των μητέρων είναι ευκαταία για ψυχολογικούς λόγους για τα παιδιά ηλικίας μεταξύ 6 μηνών και 4 ετών λογαριάζοντας φυσικά τις ατομικές αντιδράσεις των παιδιών που κυμαίνονται σε ευρεία κλίμακα. Πέρα απ' αυτήν την περίοδο οι ψυχικές επιπτώσεις του αποχωρισμού είναι πολύ λιγότερο σοβαρές, εκτός εάν πρόκειται για πολύ αγχώδη παιδιά.

Η βαρύτητα μιας ασθένειας και η αναγκαιότητα στενής επίβλεψης αποτελούν εξίσου σημαντικές προϋποθέσεις χωρίς βέβαια να περιλαμβάνονται οι μονάδες εντατικής νοσηλείας. Πράγματι, στην τελευταία περίπτωση τα παιδιά συνήθως βρίσκονται σε κώμα πράγμα που τα απαλλάσσει από τον ψυχικό τραυματισμό που προκαλεί ο αποχωρισμός. Εξάλλου δεν είναι ίσως ευκαταίο οι γονείς να γίνονται μάρτυρες αυτού του δύσκολου και αβέβαιου αγώνα με το θάνατο.

Η εκμάθηση λεπτών χειρισμών αποτελεί επίσης μια σημαντική προϋπόθεση όταν η κατάσταση του παιδιού επιβάλλει ειδικές φροντίδες νοσηλείας π.χ. διατροφή με καθετήρα.

Τα παιδιά με κάποια αναπηρία των αισθητηρίων οργάνων, τα διανοητικώς καθυστερημένα, τα παιδιά μεταναστών που έχουν γλωσσικό πρόβλημα, αυτά που κρατούν μια δυσάρεστη ανάμνηση από μια προηγούμενη νοσηλεία είναι εκείνα που σίγουρα θα έπρεπε να συνοδεύονται από τις μητέρες τους.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μ. Μιχαλέτου - Μ. Μπούρη - Α. Μιχοπούλου

### Επιδράσεις της νοσοκομειακής νοσηλείας στη ψυχολογία των παιδιών Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου Πεντέλης 2001

#### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να μελετηθούν τα προβλήματα που παρουσιάζει το παιδί κατά τη νοσηλεία του σε σχέση με ενδονοσοκομειακούς και οικογενειακούς παράγοντες. Πραγματοποιήθηκαν 120 συνεντεύξεις (80 γονείς, 20 ιατροί, 20 νοσηλευτές) στο χώρο ενός παιδιατρικού νοσοκομείου με τη χρήση ερωτηματολογίων. Καταγράφηκαν τα είδη της προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού στο νοσοκομείο, οι τρόποι ενημέρωσης του παιδιού για τη νόσο και τη νοσηλεία του, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού-γονιών. Η ψυχολογική προετοιμασία και υποστήριξη του παιδιού πριν από την εισαγωγή και κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο βοηθά στην ελάττωση των επιπτώσεων από τη νοσηλεία. (*Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών 2001, 48(2):99-104*).

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκαν 120 συνεντεύξεις-ερωτηματολόγια, όπου συμμετείχαν 80 γονείς, 20 ιατροί και 20 νοσηλευτές. Προσπαθήσαμε, έτσι, να εξετάσουμε από διαφορετικές οπτικές γωνίες την παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο και τα προβλήματα που προκαλεί.

Οι θεματικές ερωτήσεις, που δίνονταν στους γονείς, αφορούσαν στη συνεργασία τους με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές και το πώς οι ίδιοι έχουν ενημερώσει το παιδί για την ασθένεια του και την παραμονή του στο νοσοκομείο. Οι θεματικές ερωτήσεις, προς τους γιατρούς και



τους νοσηλευτές, αφορούσαν στη συνεργασία τους με τους γονείς καθώς και τη σχέση τους με το μικρό ασθενή. Οι συνεντεύξεις ήταν διάρκειας 20 min εκάστη και έγιναν στο χώρο ενός παιδιατρικού νοσοκομείου, επιλέχθηκαν δε παιδιά που η διάρκεια νοσηλείας τους στο νοσοκομείο ήταν μεγαλύτερη των 10 ημερών. Θεωρήθηκε χρήσιμο να γίνει διαχωρισμός του προσωπικού του νοσοκομείου ανάμεσα σε γιατρούς και νοσηλευτές, όσον αφορά στις συνεντεύξεις, επειδή η σχέση που αναπτύσσεται με το μικρό ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον είναι διαφορετική για τις δυο ομάδες. Ο γιατρός έχει αναλάβει την παρακολούθηση και θεραπεία του παιδιού, η παρουσία του, όμως, στο δωμάτιο του παιδιού διαρκεί καθημερινά λίγη ώρα, κατά την οποία ο γιατρός ελέγχει την πορεία της υγείας του και ενημερώνει τους γονείς. Αντίθετα, η νοσηλεύτρια έχει πιο άμεση επαφή με το παιδί και τους γονείς, αφού το φροντίζει και βρίσκεται στη διάθεση του πολλές ώρες. Θελήσαμε, έτσι, να δούμε κατά πόσο οι απόψεις γιατρών και νοσηλευτών συγκλίνουν ή διαφέρουν.

## **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Τα κυριότερα συμπτώματα προβληματικής συμπεριφοράς, σύμφωνα με τους γονείς και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, είναι το κλάμα και η γκρίνια. Ακολουθούν η επιθετικότητα, οι διαταραχές ύπνου και η παλινδρομημένη συμπεριφορά του παιδιού (πίνακας 1). Ως προς τα αίτια της συμπεριφοράς αυτής, οι γονείς ανέφεραν την αναγκαστική παραμονή του παιδιού στο κρεβάτι, το φόβο του και τις επώδυνες εξετάσεις, ενώ το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έδωσε μεγαλύτερη έμφαση στις εξετάσεις και στον πόνο που προκαλούν αυτές (πίνακας 2). Ως σημαντικοί παράγοντες αντιμετώπισης της προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού αναφέρθηκαν η ενημέρωση του παιδιού για τη νοσηλεία του και ο κατάλληλος για το παιδί νοσοκομειακός χώρος

(Πίνακας 3). Όσον αφορά στη συνεργασία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και γονιών και οι δύο πλευρές θεωρούν ότι είναι αρκετά ικανοποιητική. Ως κυριότεροι παράγοντες που δυσχεραίνουν τη συνεργασία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού-γονιών, οι πρώτοι ανέφεραν την επιμονή των γονιών για εξημέρωση σχετικά με την υγεία του παιδιού, καθώς και την ανυπομονησία των γονιών για τη γρήγορη βελτίωση της υγείας του παιδιού (Πίνακας 5). Οι γονείς δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι από την ενημέρωση σχετικά με την υγεία του παιδιού και από την ενασχόληση του προσωπικού με το παιδί.

Σημαντικό ποσοστό των γονιών απάντησαν ότι ενημερώνουν το παιδί τους μόνο όταν νομίζουν ότι (χρειάζεται και τότε του εξηγούν με απλά λόγια την ασθένεια και την αναγκαιότητα της νοσηλείας. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό απάντησε ότι προκειμένου να ενημερώσει το παιδί εξηγεί με απλά λόγια την ασθένεια και του τονίζει ότι θα γίνει καλά (Πίνακας 4). Θεωρούν ότι η προληπτική ενημέρωση του παιδιού από τους γονείς είναι περιορισμένη και, όσον αφορά στη συνεργασία ιατρών/νοσηλευτών με τον μικρό ασθενή, θεωρούν ότι είναι αρκετά ικανοποιητική. Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΕΙΔΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

<b>Συμπεριφορά</b>	<b>Γονείς (%)</b>	<b>Νοσηλεύτές/ Γιατροί (%)</b>
Γκρίνια	72	45
Κλάμα	67,5	45
Διαταραχές ύπνου	44	27,5
Επιθετικότητα προς τους γονείς	38,5	30
Μελαγχολία	34	
Παλινδρόμηση	31,5	32,5
Επιθετικότητα προς το προσωπικό	27	37,5

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

<b>Αίτια</b>	<b>Γονείς (%)</b>	<b>Νοσηλεύτές/ Γιατροί (%)</b>
Καθήλωση του παιδιού στο κρεβάτι	75	92,5
Φόβος	74	97,5
Πόνος	73	100
Εξετάσεις	72	100
Μικρή ηλικία παιδιού (δεν καταλαβαίνει)	62	82,5
Νοσοκομείο-χώρος αφιλόξενος	59,5	90
Φροντίδα από αγνώστους	59,5	75
Φάρμακα	58,5	92,5
Αποχωρισμός από τους γονείς	58,5	42,5
Ενημέρωση του παιδιού	49,5	75

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

<b>Παράγοντες</b>	<b>Γονείς (%)</b>	<b>Νοσηλεύτές/ Γιατροί (%)</b>
Ενημέρωση παιδιού	83	92,5
Το νοσοκομείο ως πιο φιλόξενος χώρος	76,5	100
Παρουσία ψυχολόγου	74	80
Συντόμευση νοσηλείας	72	82,5
Το προσωπικό να ασχολείται περισσότερο	67,5	87,5

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΤΡΟΠΟΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

<b>Τρόποι</b>	<b>Γονείς (%)</b>	<b>Νοσηλεύτές/ Γιατροί (%)</b>
Εξηγούν με απλά λόγια	88	50
Ενημερώνουν μόνο όταν χρειάζεται	61	
Ζητούν να αναλάβει ψυχολόγος	47	22,5
Δεν λένε όλη την αλήθεια	46	
Αποφυγή ενημέρωσης	22	
Τονίζετε στο παιδί ότι θα γίνει καλά		50
Αφήνετε τους γονείς να εξηγήσουν		45

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

<b>Παράγοντες</b>	<b>Νοσηλεύτές/ Γιατροί (%)</b>
Ανυπομονησία των γονιών για γρήγορη εξέλιξη	50
Επιμονή για ενημέρωση	50
Αρνητική στάση των γονιών έναντι του προσωπικού	45
Άγχος των γονιών για την υγεία του παιδιού	42,5

## **Η οικογένεια σαν εργαστήριο ψυχικής υγείας**

Η υγιής ανάπτυξη του ανθρώπου προϋποθέτει οικογένεια, μέσα στην οποία το παιδί απολαμβάνει σταθερή αγάπη, ασφάλεια, αποδοχή και σεβασμό γι' αυτό που είναι και γι' αυτό που μπορεί να γίνει, και έχει ευκαιρίες για ανάπτυξη και τελειοποίηση.

Η οικογένεια είναι το πρώτο και σπουδαιότερο περιβάλλον που επιδρά στην κοινωνικοποίηση του παιδιού, στην ανάπτυξη και διάπλαση της προσωπικότητάς του. Μέσα στην οικογένεια το παιδί μεγαλώνει τόσο σωματικά όσο και ψυχικά.

Κατά την οικογενειακή ζωή διδάσκονται οι διάφορες κοινωνικές σχέσεις, διαμορφώνεται η συμπεριφορά, καλλιεργούνται τα ευγενή συναισθήματα, εμφυτεύεται η πίστη στον Θεό και εμπνέονται τα ιδεώδη και οι ανώτερες αξίες.

Αξιοσημείωτη είναι η ομοφωνία που επικρατεί για την καθοριστική σημασία της σχέσεως μητέρας-βρέφους στην υγιεινή ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού. Η σχέση αυτή είναι η πρώτη διαπροσωπική εμπειρία του παιδιού δια μέσου «συναισθηματικής μεταδόσεως ή κοινωνίας». Αν η σχέση αυτή προσφέρει διαπροσωπική ασφάλεια, αν περιλαμβάνει θετική στάση έναντι του παιδιού, στοργή χωρίς όρους, αφοσίωση, προστασία, κατανόηση, αποδοχή και συχνές επιδοκιμασίες, το παιδί αναπτύσσει αυτοσεβασμό, αυτοεκτίμηση και παρόμοια θετική στάση προς τους άλλους. Βρίσκει ξεκούραση, ευχαρίστηση και παρηγοριά στις στενοχώριες του. Μ' αυτό τον τρόπο τοποθετούνται τα θεμέλια της επιτυχημένης διαπροσωπικής προσαρμογής του ατόμου στη ζωή. Αντίθετα, αν η στάση του στενού περιβάλλοντος υποβιβάζει και μειώνει, το παιδί γίνεται μειονεκτικό, διαμορφώνει εχθρική και αρνητική στάση προς τους άλλους.

Ένα παιδί που έζησε τα πρώτα του χρόνια σε οικογένεια όπου δεν υπήρχε γαλήνη, ο καθένας έκαμνε ό,τι ήθελε και κανείς δεν είχε υπακοή στον αρχηγό, όταν μεγαλώσει θα δυσκολεύεται να ζήσει αρμονικά και πειθαρχικά στην κοινωνία.

Η ανεπαρκής και ασταθής αγωγή περιορίζει και υποβαθμίζει ολόκληρη την προσωπικότητα και ευνοεί την ανάπτυξη της ψυχικής αρρώστιας.

Οι ψυχοτραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας σχολιάζονται επίσης σαν πρόδρομοι ψυχοπαθολογίας. Τέτοιες εμπειρίες είναι: αποχωρισμός από τη μητέρα, περιφρόνηση ή υπερπροστασία εκ μέρους της, ασταθής αντιμετώπιση των αντιδράσεων του παιδιού, συγκρούσεις μεταξύ των γονέων και τελικά η διάσπαση της οικογένειας.

Όταν συχνά υπάρχει διαμάχη μεταξύ των γονέων, το παιδί αρχίζει να μελαγχολεί, να θλίβεται και να κυριαρχείται από καταθλιπτικά συμπλέγματα. Δεν θέλει να παίξει ούτε να φάει. Είναι ανόρεκτο και λυπημένο. Κλονίζεται ο σεβασμός προς τους γονείς του. Κλείνεται σιγά-σιγά στον εαυτό του. Γίνεται μια δυστυχημένη ύπαρξη και αναπτύσσει ευαισθησία για ν' αρρωστήσει ψυχικά.

Υπάρχουν αξιόλογες μελέτες που αναφέρονται στα δυσμενή αποτελέσματα του χωρισμού μητέρας και παιδιού. Η κατάσταση που βιώνει το βρέφος ή το νήπιο, όταν δεν απολαμβάνει θερμή, στενή και διαρκή σχέση με τη μητέρα του καλείται: μητρική αποστέρηση

Η μητρική αποστέρηση προκαλεί οξύ άγχος, αυξημένη ανάγκη για αγάπη, έντονα συναισθήματα εκδικήσεως, που οδηγούν σε αίσθημα ενοχής και μελαγχολία. Η ψυχική αυτή αποδιοργάνωση μπορεί να επιφέρει διαταραχή της διανοητικής λειτουργίας π.χ. καθυστέρηση ή αναστολή της αναπτύξεως της αντιλήψεως και της σκέψεως, προβλήματα ομιλίας κ.ά. Επίσης μπορεί να δημιουργήσει συμπτώματα νευρώσεως και αστάθεια στον χαρακτήρα ή προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Αλλά ακόμη παρατηρούνται αναστολή της σωματικής αναπτύξεως, αυξημένη ροπή για νόσηση και μεγάλη νοσηρότητα. Αυτό συμβαίνει σε περίπτωση εισαγωγής του βρέφους στο νοσοκομείο. Αντίστοιχα προβλήματα δημιουργεί και η στέρηση του πατέρα.

Αν μελετήσουμε τα ιστορικά των ψυχικά αρρώστων, σχεδόν πάντα θα βρούμε μεταξύ άλλων αιτίων της ψυχοπαθολογίας, δυστυχία ή εγκατάλειψη κατά την παιδική ηλικία, διαταραγμένη ή διασπασμένη οικογένεια και απουσία στοργικής μητρικής φροντίδας.

Με τη διατήρηση θετικού διαπροσωπικού κλίματος και διαλόγου καθώς και με την ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών των παιδιών για υγιεινή ανάπτυξη και αρτίωση της προσωπικότητάς τους, η οικογένεια προστατεύει και τη σωματική ευρωστία και ακεραιότητα των παιδιών.

### **1.3. Ιδιαιτερότητες στις παιδιατρικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Τα παιδιά δεν είναι απλώς μικροί ενήλικοι αλλά διαφέρουν από αυτούς βιολογικά, γνωστικά, ψυχολογικά. Συνεπώς πολλές από τις καθιερωμένες τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη νοσηλευτική πρακτική πρέπει να τροποποιούνται για να αντιμετωπίζονται οι ειδικές ανάγκες των παιδιών στα διάφορα αναπτυξιακά στάδια.

Το νοσοκομείο αποτελεί για το παιδί ένα άγνωστο χώρο, που του προκαλεί φόβο και άγχος για το τι πρόκειται να του συμβεί. Κινητοποιεί λοιπόν μηχανισμούς φυγής. Δεν μπορεί όμως να αποφύγει τη νοσοκομειακή νοσηλεία του, και νοιώθει εσωτερική ένταση, που "μεταβάλλεται" ή "διοχετεύεται" σε προβλήματα συμπεριφοράς, όπως υπερβολικό και αναίτιο κλάμα, γενική επιθετικότητα, άρνηση τροφής, διαταραχές ύπνου ή εφιάλτες, αυτοεγκατάλειψη, δυσθυμία, παλινδρομημένη συμπεριφορά, ανασφάλεια και αμφιβολία αν είναι

ακόμα αγαπητό στους γονείς του, καθώς και άγχος εγκατάλειψης από αυτούς.

Ακόμη, το παιδί φαίνεται να ανησυχεί πολλές φορές για τη σωματική του ακεραιότητα (κυρίως όταν έρχεται αντιμέτωπο με οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση) και του δημιουργούνται ιδέες ότι πρόκειται να του επιτεθούν, να το καταστρέψουν ή να το ευνουχίσουν. Συνήθως τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στο παιδί κατά τη νοσηλεία του υποχωρούν μετά από λίγες εβδομάδες, όταν επιστρέψει σπίτι του, ή μπορεί να υποχωρήσουν και να επανεμφανιστούν, ή να διαπιστωθούν απώτερες επιπτώσεις.

Η εμφάνιση προβλημάτων στο παιδί, για όσο διάστημα νοσηλεύεται, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία του παιδιού, η διάρκεια της νοσηλείας, η βαρύτητα της νόσου, η προσωπικότητα του, οι προηγούμενες εμπειρίες του, η προετοιμασία που του γίνεται, η στάση του περιβάλλοντος του, ενδεχόμενες ψυχικές διαταραχές του γονέα, το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των γονιών, οι συνθήκες που επικρατούν στο νοσοκομείο καθώς και οι επώδυνες επεμβάσεις που υφίσταται στο σώμα του.

Ψυχοτραυματική εμπειρία για το παιδί είναι ο αναγκαστικός αποχωρισμός από τους γονείς και κυρίως από τη μητέρα του, που του δημιουργεί συναισθήματα φόβου, εγκατάλειψης, επιθετικότητας. Κινητοποιούνται έτσι ψυχικοί μηχανισμοί άμυνας για την αντιμετώπιση των εσωτερικών συγκρούσεων, ανάλογα με την ωριμότητα του ψυχικού οργάνου του παιδιού. Εμφανίζονται συμπεριφορές παιδιού μικρότερης ηλικίας ή συμπεριφορές παράδοξης ωριμότητας.

Από την άλλη πλευρά, σημαντικό ρόλο παίζουν η έλλειψη πληροφόρησης σε συνδυασμό με τη μη κατανόηση της κατάστασης του και με τον πόνο που του προκαλεί η αρρώστια ή η χειρουργική επέμβαση, ο άγνωστος χώρος του νοσοκομείου, η αβεβαιότητα που το



διακατέχει για αυτά που το περιμένουν, καθώς και οι προσδοκίες που έχουν οι άλλοι από αυτό.

Σημαντική είναι η αντίληψη του παιδιού για το γιατρό. Πολύ συχνά, είναι ο γιατρός που "ταλαιπωρεί" το παιδί, ή με εξετάσεις ή δίνοντάς του φάρμακα, με αποτέλεσμα η εικόνα του γιατρού να παίρνει αρνητικό χαρακτήρα στο μυαλό του. Το παιδί αν δεν ενημερωθεί για το ρόλο του γιατρού, ή ο γιατρός χρησιμοποιηθεί ως μέσο εκφοβισμού ή τιμωρίας, τότε είναι αναμενόμενο το παιδί να είναι αρνητικό απέναντι του ή να μη συνεργάζεται.

Επιπλέον, η παραμονή στο νοσοκομείο συνεπάγεται άλλο τρόπο ζωής από αυτόν που έχει συνηθίσει, που διαφέρει από το καθημερινό του πρόγραμμα που ακολουθούσε πριν, οι δραστηριότητες του διακόπτονται, δυσφορεί, είναι καθηλωμένο στο κρεβάτι και πονά. Του επιβάλλονται διάφοροι περιορισμοί στην κινητικότητα, στη διαίτα κ.λ.π. Αυτός ο "ακατανόητος εγκλωβισμός" του δημιουργεί δυσθυμία, επιθετικότητα, απομόνωση, συναισθήματα απόρριψης ή έλλειψης αγάπης από αυτούς που το φροντίζουν.

Τέλος, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που πολλές φορές δεν έχει την κατάλληλη ενημέρωση για το πως πρέπει να συμπεριφέρεται απέναντι στο άρρωστο παιδί και στην οικογένεια του, ή ίσως και τον απαραίτητο χρόνο και τη διάθεση, παρασυρόμενο από τους ταχείς ρυθμούς του νοσοκομείου. Το αντιμετωπίζει ως ενήλικα που ξέρει γιατί βρίσκεται εκεί, τι έχει και γιατί υπάρχουν περιορισμοί.

Πολλές φορές αναπτύσσεται ανταγωνισμός μεταξύ μητέρας-νοσηλευτών, διότι η μητέρα επιμένει να έχει τον έλεγχο όσων συμβαίνουν στο παιδί, ενώ παράλληλα φοβάται μήπως κάποιος άλλος καταφέρει να πάρει τη θέση της. Γι' αυτό, υιοθετεί υπερπροστατευτική στάση απέναντι στο παιδί της, είναι επιφυλακτική και επιθετική στους

νοσηλευτές. Από την άλλη πλευρά, γιατροί και νοσηλευτές μερικές φορές βλέπουν τους γονείς ως εμπόδιο και τους αγνοούν.

Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, μέσα από τα προαναφερθέντα, ότι είναι απαραίτητο να βρούμε τρόπους ψυχολογικής προετοιμασίας του παιδιού, ώστε κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο να αποφευχθούν επιπτώσεις στον ψυχισμό του. Η ασθένεια, ο γιατρός, το νοσοκομείο πρέπει να αποτελέσουν θέματα συζήτησης και πληροφόρησης πριν από την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο. Είναι ευνόητο ότι η εισαγωγή θα πρέπει να περιορίζεται στις απολύτως απαραίτητες περιπτώσεις.

Πρέπει να μιλάμε στο παιδί για την αρρώστια ως κάτι καθημερινό που μπορεί να συμβεί στον καθένα, ότι το νοσοκομείο είναι ο χώρος όπου θα γιαντρευτεί, και οι γιατροί είναι εκείνοι που θα βοηθήσουν στη θεραπεία του. Σε αυτό μπορεί να συμβάλουν εικονογραφημένα βιβλία, βίντεο κ.λ.π., καθώς και οι απλές απαντήσεις σύμφωνα με τα ερωτήματα που έχει. Όταν το παιδί ενημερωθεί σωστά για τα θέματα που το απασχολούν και καταλάβει ότι το ίδιο δεν φταίει για την αρρώστια, ότι οι γονείς του δεν το εγκατέλειψαν, ότι στο νοσοκομείο ήρθε για να γίνει καλά, τότε είναι δυνατόν να συνεργαστεί και να δείξει εμπιστοσύνη και θετική στάση απέναντι στο γιατρό και τους νοσηλευτές.

Παράλληλα χρειάζεται συναισθηματική υποστήριξη, τόσο στο παιδί όσο και στους γονείς. Το παιδί θέλει να νοιώθει ότι το αγαπούν το ίδιο όπως πριν, ότι δεν είναι τιμωρημένο και ότι, όταν βγει από το νοσοκομείο, θα μπορεί και πάλι να παίζει. Βασικό είναι οι γονείς (και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό) να μη δίνουν υποσχέσεις τις οποίες δεν μπορούν να τηρήσουν (π.χ. δεν θα πονέσει κατά τη φλεβοκέντηση), γιατί έτσι θα κλονίσουν την εμπιστοσύνη που δείχνει το παιδί απέναντι τους. Σωστό είναι, επίσης, να διευκολύνονται οι επισκέψεις συγγενών-φίλων σε επιτρεπτό ωράριο, έτσι ώστε το παιδί να αισθάνεται αγαπητό και επιθυμητό.

Το παιδί, επειδή δεν έχει αναπτύξει πλήρως την προσωπικότητα του και είναι ακόμα συναισθηματικά και νοητικά ανώριμο, χρησιμοποιεί το παιχνίδι για να εκφράσει και να ελέγξει τους φόβους του, ώστε να αντιμετωπίσει τη δύσκολη κατάσταση της αρρώστιας του, θα παίζει με πλαστελίνη, θα ζωγραφίσει, (προβάλλοντας τις συγκρούσεις και τα προβλήματα του με τρόπο συμβολικό), θα παίζει το παιχνίδι ρόλων με κούκλες, πράγμα που το βοηθά να κατανοήσει τη θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθήσει, έστω και αν είναι επώδυνη.

Σε περιπτώσεις βρεφών και μικρών παιδιών η παρουσία της μητέρας κοντά τους διευκολύνει αρκετά την προσαρμογή τους στο νοσοκομείο και δεν παρακωλύει τη σχέση μητέρας-παιδιού. Η διακοπή της σε αυτή την ηλικία εμποδίζει την ανάπτυξη ασφαλούς "δεσμού" (μητέρας-παιδιού) με σοβαρές επιπτώσεις στην παραπέρα ψυχολογική του εξέλιξη.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι η γενική θέση που επικρατεί είναι ότι πρέπει να μιλάμε στο παιδί για την ασθένεια ως μέρος της ζωής και στο πλαίσιο αυτό θα ήταν χρήσιμο να οργανωθούν προγράμματα πληροφόρησης γονέων μέσα από συζητήσεις, διαλέξεις, βίντεο κ.λ.π., για το πώς θα πρέπει να μιλήσουν στο παιδί τους για την αρρώστια και την ενδεχόμενη επέμβαση και πώς θα το προετοιμάσουν πριν από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Απαιτείται, ακόμη, επαρκής εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού υγείας του νοσοκομείου σχετικά με τις επιπτώσεις της νοσηλείας στο παιδί και την οικογένεια, όπως επίσης και προληπτική ψυχολογική υποστήριξη πριν από την εισαγωγή όσο και κατά την παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο.

## ΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

**Φίμωση:** Παρατηρείται ινώδης δακτύλιος στο στόμιο της ακροποσθίας που προκαλεί στένωση και δεν επιτρέπει να αποκαλυφτεί η βάλανος και το έξω στόμιο της ουρήθρας. Η φίμωση διαχωρίζεται από τις βαλανοποσθικές συμφύσεις του νεογνού και βρέφους οι οποίες υποχωρούν προοδευτικά ή λύνονται με τη μήλη. Όταν το στόμιο της ακροπροσθίας είναι πολύ μικρό η ούρηση είναι δύσκολη (δυσουρία) ή μπορεί να έχουμε βαλανοποσθίτιδα και νυχτερινή ενούρηση. Στη φίμωση γίνεται πλαστική της ακροπροσθίας ή περιτομή.

**Υποσπαδίας:** Παρατηρείται εκβολή του έξω στομίου της ουρήθρας του αγοριού κάτω από τη βάλανο (βαλανακός) ή κάτω από το σώμα του πέους (πεϊκός) ή το περίνεο (περινεϊκός υποσπαδίας). Στις περιπτώσεις αυτές γίνεται έρευνα (πυελογραφία κτλ.) για τη διαπίστωση και άλλων διαμαρτιών του ουροποιητικού. Στον οσχεϊκό ή περινεϊκό υποσπαδία η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από τον ψευδερμαφροδιτισμό.

**Θεραπεία: Χειρουργική:** Με την εγχείρηση επιδιώκεται ο ευθειασμός του πέους. Η πλαστική της ουρήθρας γίνεται κατά τον 3ο-4ο χρόνο. Η τομή της χορδής γίνεται το 18ο-24ο μήνα της ζωής. Όταν υπάρχει στένωση του στομίου της ουρήθρας γίνεται αμέσως εγχείρηση.

**Κρυφορχία:** Παραμονή του όρχεως στην αρχική του θέση (οσφυϊκός) ή μέσα στο λαγόνιο βόθρο (λαγόνιος) ή μέσα στο βουβωνικό πόρο (βουβωνικός) ή σε θέση έξω από την κανονική πορεία (έκτοπος, επιπολής βουβωνικός, ηβικός, περινεϊκός ή μηριαίος). 80% των όρχεων που παρουσιάζουν ατελή κάθοδο στη νεογνική περίοδο κατεβαίνουν με

την πάροδο της ηλικίας στο όσχεο. Τον ανελκόμενο όρχι με κατάλληλο χειρισμό μπορούμε να τον φέρουμε στο όσχεο. Σε μικρότερη ηλικία ήταν στο όσχεο.

*Θεραπεία:* Η εγχείρηση της κρυψορχίας γίνεται μέχρι τον 3ο-5ο χρόνο. Αν συνυπάρχει βουβωνοκήλη γίνεται νωρίτερα. Η κάθοδος του όρχεως που κατέβηκε ατελώς (βουβωνικός) όχι έκτοπος μπορεί να επιταχυνθεί με τη χορήγηση ανθρώπινης χοριονικής γοναδοτροπίνης (Pregnyl, 500 u 1 φορά τη βδομάδα για 6 βδομάδες). Προσοχή χρειάζεται να μην εκλαμβάνεται ο συνελκόμενος όρχις σαν κρυψορχία. Γενικά όμως πρέπει να μη χορηγούνται ορμόνες και το κυριότερο να μη χειρουργείται ο ανελκόμενος όρχις.

*Επιπλοκές:* Ελάττωση σπερματογένεσης, συστροφή όρχεως και κακοήθης εξαλλαγή.

**Υδροκήλη:** Στην υδροκήλη έχουμε συλλογή υγρού μεταξύ των δύο πετάλων του ιδίως ελυτροειδή χιτώνα του όρχεως. Διακρίνεται στη μη επικοινωνούσα και στην επικοινωνούσα (που είναι πραγματική βουβωνοκήλη).

*Κλινική εικόνα:* Παρατηρείται διόγκωση ελαστική, σφαιρική ή επιμήκης, που δεν ανατάσσεται και συνήθως είναι ανώδυνη.

*Θεραπεία:* Συνήθως η υδροκήλη υποχωρεί αυτόματα. Όταν παραμένει και μετά τον 1ο χρόνο ή όταν υπάρχει μεγάλη υδροκήλη γίνεται χειρουργική επέμβαση.

**Συγγενής βουβωνοκήλη:** Έχουμε προβολή σπλάχνου της κοιλιάς δια μέσου του βουβωνικού στομίου μέσα στην ελυτροπεριτοναϊκή πτυχή όταν δεν εξαφανίζεται αυτή ή σε σχηματισμό δακτυλίων του Ramannede.

*Κλινική εικόνα:* Παρατηρείται διόγκωση στο βουβωνικό πόρο ή στο όσχεο που ανατάσσεται με ηχογλουκισμό. Μετά την ανάταξη βρίσκουμε διευρυμένο το έξω στόμιο του βουβωνικού πόρου.

*Θεραπεία:* Είναι πάντα χειρουργική σε οποιαδήποτε ηλικία.

**Περισφιγμένη βουβωνοκήλη:** Διόγκωση στη βουβωνική χώρα επώδυνη που δεν ανατάσσεται και φαινόμενα εντερικής απόφραξης (εμετοί, μετεωρισμός κτλ.). Γίνεται προσπάθεια ανάταξης στο χειρουργείο, αφού το βρέφος τοποθετηθεί μέσα σε λουτρό με λεπτούς χειρισμούς και με γενική νάρκωση. Όταν αποτύχει η ανάταξη ή σε παραμελημένη περίσφιξη γίνεται αμέσως εγχείρηση.

**Συστροφή όρχεως:** Διακρίνεται στη συστροφή του όρχεως μέσα στο βουβωνικό πόρο (π.χ. σε κρυσορχία) και στη συστροφή έξω από το βουβωνικό πόρο (π.χ. στο όσχεο). Η παθογένεια είναι άγνωστη, αλλά ορισμένοι την αποδίδουν στη μη καλή προσήλωση του όρχεως, στην έντονη δραστηριότητα του παιδιού και στη σύσπαση του κρεμαστήρα.

*Κλινική εικόνα:* Το πρώτο σύμπτωμα είναι ο δυνατός πόνος του σύστοιχου όρχεως. Κατόπιν έχουμε πρήξιμο, ερυθρότητα της περιοχής και πόνο κατά την ψηλάφηση. Η δ. διάγνωση γίνεται εύκολα από την επιδιδυμίτιδα ή την ορχεοεπιδιδυμίτιδα, επίσης από την παρωτιδική ορχίτιδα, περιεσφιγμένη βουβωνοκήλη, το ιδιοπαθές οίδημα του οσχέου και το αιμάτωμα του οσχέου.

*Θεραπεία:* Εγχείρηση. Κάθε περίπτωση που εμφανίζει οξύ οίδημα του οσχέου θα πρέπει να χειρουργείται επειγόντως.

**Λαγόχειλο:** Μη σύγκλειση της αύλακας που ενώνει την εσωτερική με την πλάγια μοίρα του άνω χείλους.

*Θεραπεία:* Χειρουργική, τον 1ο-3ο μήνα, ανάλογα και με το πώς αντιμετωπίζει το πρόβλημα η οικογένεια.

**Λυκόστομα:** Μη σύγκλειση των δύο υπερώιων πετάλων στη μέση γραμμή.

*Θεραπεία:* Χειρουργική πριν από την ομιλία, τον 12ο μήνα ή και νωρίτερα ή αργότερα ανάλογα με τη μορφή και την έκταση του.

**Βατράχια:** Κυστική διόγκωση στο έδαφος του στόματος κάτω από τη γλώσσα που περιέχει βλέννη.

*Θεραπεία:* Χειρουργική.

**Οπισθογναθισμός – Μικρογναθισμός:** Υποπλασία της κάτω γνάθου, που φέρεται προς τα πίσω. Το κάτω χείλος των ούλων δεν έρχεται σε αντίθεση με το πάνω, το στόμα δεν κλείνει καλά. Συνήθως συνυπάρχει λυκόστομα. Η γλώσσα μπορεί να είναι πολύ κινητή να πέφτει προς τα πίσω και να αποφράσσει το φάρυγγα προκαλώντας ασφυκτικά φαινόμενα.

*Θεραπεία:* Σίτιση του βρέφους σε καθιστή θέση και τοποθέτηση του μπρούμυτα όταν συμβεί ασφυκτική προσβολή ώστε να πέσει η γλώσσα προς τα μπρος. Στην ανάγκη τραβιέται η γλώσσα μπροστά με το δάχτυλο. Σε βαριές περιπτώσεις, η γνάθος σπρώχνεται με ειδικούς επιδέσμους μπροστά ή ακινητοποιείται προσωρινά η κάτω επιφάνεια της γλώσσας με ραφή στο κάτω χείλος. Διορθωτική εγχείρηση, αν χρειάζεται γίνεται τον 4ο-6ο χρόνο.

**Κοντός χαλινός γλώσσας:** Ο χαλινός της γλώσσας φτάνει μέχρι την κορυφή και μπορεί να εμποδίζει την ελεύθερη έξοδο της. Σε βαριές περιπτώσεις μπορεί να εμποδίζεται ο θηλασμός και αργότερα η ομιλία ή να προκαλείται εξέλκωση και αιμορραγία του χαλινού.

*Θεραπεία:* Διατομή του χαλινού με ή χωρίς περίδεση κτλ.

**Ατρησία οισοφάγου:** Είναι διαμαρτία στη διάπλαση του οισοφάγου στην οποία διακόπτεται η επικοινωνία του οισοφάγου με το στομάχι και μπορεί να επικοινωνεί ο οισοφάγος με την τραχεία με συρίγγια. Τα κύρια συμπτώματα της νόσου είναι η σιαλόρροια με

αποβολή βλεννωδών και αφρωδών εκκρίσεων, πριν αρχίσει η σίτιση και τα φαινόμενα πνιγμονής και η κυάνωση, όταν επιχειρείται η σίτιση του νεογνού.

*Θεραπεία:* Άμεση χειρουργική επέμβαση, πριν αρχίσει η σίτιση του παιδιού.

**Αγγειακός δακτύλιος:** Δακτύλιος γύρω από την τραχεία και τον οισοφάγο από ανωμαλίες του αορτικού τόξου και των κύριων κλάδων του (διπλό ή δεξιό αορτικό τόξο, ανώμαλη έκφυση υποκλειδίας αρτηρίας, ανώνυμης ή καρωτίδας). Μπορεί να προκαλούνται φαινόμενα πίεσης στην τραχεία και τον οισοφάγο (συριγμός που χειροτερεύει με το κλάμα, το φαγητό και το σκύψιμο του αυχένα, δυσκαταποσία).

*Θεραπεία:* Χειρουργική.

**Δυσφαγία βρέφους:** Οφείλεται συνήθως σε δυσλειτουργία του φάρυγγα. Τα βρέφη παρουσιάζουν δυσκολία στην κατάποση, εμετούς, ρινική ανάρροια ή έχουν φυσιολογική κατάποση αλλά παρουσιάζουν φαινόμενα πνιγμονής και εισρόφηση στην κατάποση.

*Θεραπεία:* Η σίτιση γίνεται με προσοχή με το κουταλάκι ή με καθετήρα. Συνήθως η ανωμαλία περνάει με την πάροδο της ηλικίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάζεται γαστροστομία ή τραχειοστομία ώσπου να μπορέσει το βρέφος να σιτιστεί από το στόμα. Σε άλλες περιπτώσεις χρειάζεται τομή του κρικοφαρυγγικού μυός.

**Χάλαση του καρδιακού στομίου:** Η νόσος εκδηλώνεται με αναγωγές ή εμετούς, όπως και στην κήλη του οισοφαγικού τρήματος.

*Θεραπεία:* Βάζουμε τα βρέφη σε μισοκαθιστή θέση, σε ειδικό κάθισμα (σαν πολυθρόνα), τους δίνουμε παχύρρευστη τροφή, αντιόξινα κτλ. Σε βαριές περιπτώσεις γίνεται χειρουργική επέμβαση.



**Αχαλασία του καρδιακού στομίου:** Παρατηρείται ελαττωματική λειτουργία του νευρικού και νευρομυϊκού μηχανισμού του καρδιακού στομίου του οισοφάγου. Είναι σπανιότατη στα παιδιά. Εκδηλώνεται με άπεπτες τροφές, δυσφαγία, οπισθοστερνικό πόνο, βήχα και φαινόμενα πνευμονικής εισρόφησης.

*Θεραπεία:* Γίνονται διαστολές, η κύρια όμως θεραπεία είναι χειρουργική, εφόσον δεν αποδώσουν οι διαστολές.

**Εγκολεασμός:** Μέρος εντέρου μπαίνει μέσα στο περιφερικό τμήμα του εντέρου. Η νόσος εκδηλώνεται με κολικοειδείς κοιλιακούς πόνους, ναυτία, εμετούς τροφώδεις χολώδεις και σπάνια κοπρανώδεις, βλεννοαιματηρές κενώσεις κτλ.

*Θεραπεία:* Χειρουργική.

**Μεκέλεια απόφυση:** Η μεκέλεια απόφυση αποτελεί υπόλειμμα του ομφαλοεντερικού πόρου, ο οποίος στην εμβρυϊκή ζωή συνδέει τον ειλέο με το λεκιθικό ασκό. Προέρχεται από την παραμονή του εντερικού τμήματος του πόρου, οπότε σχηματίζεται απόφυση που κρέμεται ελεύθερη από τον ειλέο, σε απόσταση συνήθως 60-80 cm από την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Οι κυριότερες εκδηλώσεις της μεκέλειας απόφυσης είναι η αιμορραγία (έξοδος αίματος καστανοκόκκινου ή κόκκινου χρώματος) όταν υπάρχει γαστρικός βλεννογόνος, η εντερική απόφραξη (από συστροφή του εντέρου γύρω από τη μεκέλεια, όταν αυτή συνδέεται με τον ομφαλό ή από εγκολεασμό της μεκέλειας απόφυσης στο έντερο), η φλεγμονή που εκδηλώνεται σαν οξεία σκωληκοειδίτιδα.

*Θεραπεία:* Χειρουργική.

**Πρόπτωση ορθού:** Γίνεται πρόπτωση του βλεννογόνου του ορθού, από μεγάλη προσπάθεια στην αφόδευση, ισχυρό βήχα, εμετούς, διάρροια κτλ. σε παιδιά που παρουσιάζουν μεγάλη αδυναμία ή ειδική προδιάθεση.

*Θεραπεία:* Καταπολεμούνται η δυσκοιλιότητα, οι ραγάδες κτλ. Το παιδί παραμένει ξαπλωμένο μετά την αφόδευση για 20-30 λεπτά. Σε βαριές περιπτώσεις γίνονται ενέσεις με σκληρυντικές ουσίες στον υποβλεννογόνο του ορθού ή εφαρμόζονται διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις.

**Ομφαλοκήλη:** Προβολή του ομφαλού προς τα μπρος από μη σύγκλιση του κοιλιακού τοιχώματος στην περιοχή του ομφαλού.

*Θεραπεία:* Η ομφαλοκήλη υποχωρεί αυτόματα μέχρι την ηλικία 1-5 χρονών. Πολύ σπάνια περισφίγγεται. Δε χρειάζεται θεραπεία, χειρουργική επέμβαση γίνεται μόνο όταν η κήλη είναι πολύ μεγάλη (> 2 cm) και δε δείχνει τάση για υποχώρηση μέχρι την ηλικία των 2-3 χρονών για τα κορίτσια και 4-5 για τα αγόρια.

**Χολολιθίαση:** Είναι σπάνια στα παιδιά. Είναι ιδιοπαθής ή αποτελεί επιπλοκή συγγενούς αιμολυτικής αναιμίας. Εκδηλώνεται με κολικό ήπατος που συνοδεύεται από ναυτία, εμετούς και καμιά φορά από ελαφρό ίκτερο ή είναι ασυμπτωματική.

*Θεραπεία:* Χειρουργική.

**Κύστη χοληδόχου πόρου:** Κυστική διάταση χοληδόχου πόρου. Εκδηλώνεται με αποφρακτικό ίκτερο, κοιλιακούς πόνους και ψηλαφητή μάζα στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς. Τα κόπρανα είναι αποχρωματισμένα, παρόλο που ο ίκτερος δεν είναι έντονος.

*Θεραπεία:* Χειρουργική.

**Ατρησία ρινικών χοανών:** Η μια ή και οι δύο ρινικές χοάνες είναι αποφραγμένες από μεμβρανώδες, χόνδρινο ή οστέινο διάφραγμα. Σε αμφοτερόπλευρη ατρησία παρατηρείται αναπνευστική δυσχέρεια που επιτείνεται με τη σύγκλιση του στόματος και κατά το θηλασμό. Ο καθετήρας (σκληρός, ελαστικός) δεν περνά στο φάρυγγα. Η ετερόπλευρη

ανωμαλία είναι συνήθως ασυμπτωματική ή προκαλεί επίμονη ρύση από τη μύτη.

*Θεραπεία:* Σε αμφοτερόπλευρη διαμαρτία διατηρείται το στόμα ανοιχτό ή εισάγεται αεροφόρος καθετήρας στο φάρυγγα και γίνεται προσπάθεια μάθησης διαστοματικής αναπνοής. Εγχείρηση γίνεται σε δεύτερο χρόνο.

**Συγγενής συριγμός:** Οφείλεται σε συγγενή ανωμαλία ή χαλάρωση της επιγλωττίδας ή της υπογλωσσικής εισόδου (λαρυγγομαλακία κτλ.) και σπανιότερα χονδρομαλακία του λάρυγγα και της τραχείας, διαμαρτίες χόνδρων, φωνητικών χορδών, ενδαυλικές πτυχές, κύστεις βλεννώδεις ή βραγχιακές ή θυρεογλωσσικού πόρου, υπογλωττιδικό αιμαγγείωμα, γλωσσόπτωση, μακρογλωσσία, συγγενή βρογχοκήλη, αγγειακό δακτύλιο, παράλυση παλίνδρομου νεύρου κτλ.

*Κλινική εικόνα:* Θορυβώδης έντονος εισπνευστικός ήχος, σπάνια βρόγχος ή αφωνία (σε ανωμαλία λάρυγγα), αναπνευστική δυσχέρεια, δύσπνοια, δυσκολία στη σίτιση, δυστροφία, παραμόρφωση θώρακα κτλ.

*Θεραπεία:* Η συνηθισμένη μορφή του συγγενή συριγμού (λαρυγγομαλακία ή χονδρομαλακία λάρυγγα και τραχείας) δε χρειάζεται θεραπεία και υποχωρεί συνήθως μέχρι το τέλος του 1ου χρόνου. Χειρουργική επέμβαση γίνεται στις χειρουργικές παθήσεις που διαπιστώνονται στη λαρυγγοσκόπηση.

**Αγενεσία και υποπλασία πνεύμονα:** Σε ετερόπλευρη αγενεσία του πνεύμονα η καρδιά και το μεσοθωράκιο παρεκτοπίζονται προς την πάσχουσα πλευρά, στην οποία παρουσιάζονται σημεία κλινικά και ακτινολογικά ατελεκτασίας πνεύμονα. Η υποπλασία των πνευμόνων πολλές φορές συνδυάζεται με διαφραγματοκήλη κι άλλες συγγενείς διαμαρτίες. Σε συγγενείς ανωμαλίες των βρόγχων μπορεί να προκαλείται

το σύνδρομο του μέσου λοβού (πνευμονίτιδα, βρογχική απόφραξη και ατελεκτασία με επακόλουθη βρογχίτιδα και χρόνια λοίμωξη).

*Θεραπεία:* Συντηρητική ή χειρουργική όταν υπάρχει λόγος, για διόρθωση π.χ. ανατομικής ανωμαλίας.

**Πνευμονικό απόλυμα:** Παρατηρείται εμβρυϊκός και κυστικός πνευμονικός ιστός μέσα στο φυσιολογικό πνευμονικό παρέγχυμα, συνήθως στους κάτω λοβούς και περισσότερο του αριστερού πνεύμονα. Εκδηλώνεται με φαινόμενα επίμονης πυώδους πνευμονικής λοίμωξης που ακτινολογικά φαίνεται σαν επίμονη πύκνωση ή κύστη ή απόστημα.

*Θεραπεία:* Χειρουργική.

**Οπισθοφαρυγγικό απόστημα:** Χαρακτηρίζεται από βαριά γενική κατάσταση, ρεγχώδη αναπνοή και δυσκατοποσία, οπισθότονο, υπερέκταση κεφαλής. Στο πίσω φαρυγγικό τοίχωμα διαπιστώνεται διόγκωση.

*Θεραπεία:* Γίνεται έντονη αντιβίωση, ειδικά με πενικιλίνη. Όταν σχηματιστεί το απόστημα γίνεται διάνοιξη του.

**Περί ή οπισθοαμυγδαλικό απόστημα:** Χαρακτηρίζεται από βαριά γενική κατάσταση, πυρετό, δυσκολία στη διάνοιξη στόματος, ερυθρότητα, διόγκωση και προβολή της αμυγδαλής και απόθεση του υπερώιου ιστίου.

*Θεραπεία:* Χορηγείται πενικιλίνη σε μεγάλες δόσεις και όταν σχηματιστεί το απόστημα γίνεται διάνοιξη του και μετά ένα μήνα αφαίρεση των αμυγδαλών.

**Διαφραγματοκήλη:** Είναι οπισθοπλάγια και σπάνια πρόσθια (οπισθοστερνική). Εκδηλώνεται αμέσως μετά τον τοκετό με δύσπνοια, κυάνωση, εισέχουσα κοιλιά ή αργότερα στη βρεφική ή παιδική ηλικία με φαινόμενα από το αναπνευστικό (δύσπνοια, βήχα, κυάνωση κτλ.), από το

κυκλοφορικό (ταχυκαρδία, αρρυθμία κτλ.), το πεπτικό (κοιλιακοί πόνοι, εμετοί, αιματέμεση κτλ.). Στην εξέταση διαπιστώνονται ελάττωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος, αμβλύτητα ή τυμπανικότητα στο πάσχον ημιθώρακιο και μετατόπιση της καρδιάς και του μεσοθωρακίου στην αντίθετη πλευρά ακτινογραφικά.

*Θεραπεία:* Χειρουργική.

**Τοπική ειλεΐτιδα:** (νόσος του Crohn). Τοπική φλεγμονώδης πάχυνση του τοιχώματος του εντέρου, στένωση του αυλού του και σχηματισμός συρυγγίων μεταξύ των ελίκων. Εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα του ειλεού και σπανιότερα τη νήστιδα, το τυφλό ή το κόλο. Εκδηλώνεται απότομα με πυρετό, εμετούς και πόνους σαν οξεία σκωληκοειδίτιδα ή ύπουλα με πυρέτιο, πόνους στην κοιλιά, στασιμότητα ή απώλεια βάρους, αναιμία, εναλλαγή δυσκοιλιότητας με διάρροια. Στην ψηλάφηση της κοιλιάς μπορεί να βρεθεί σκληρή μάζα, κυρίως στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Στην ακτινογραφία διαπιστώνεται τοπική ακανόνιστη στένωση του εντερικού αυλού με απώλεια των εντυπωμάτων του βλεννογόνου.

*Θεραπεία:* Στο οξύ στάδιο χορηγείται σαλικυλαζωσουλφοπυριδίνη (50 mg/kg, Η, ΣΤ, σε 3-4 δόσεις) ή τετρακυκλίνη με πρεδνιζόνη, που προοδευτικά ελαττώνεται σε δόση συντήρησης που χορηγείται 1 φορά μέρα παρά μέρα. Στη χρόνια προχωρημένη μορφή αφαιρείται το τμήμα του εντέρου που πάσχει. Κατά τα άλλα η θεραπεία είναι συμπτωματική (τροφή με λίγα υπολείμματα) αντιχολινεργικά κτλ.

**Απόστημα ορθοπρωκτικό:** Σχηματίζεται από μόλυνση στις κρύπτες του πρωκτού. Εκδηλώνεται με πόνο ιδίως στην αφόδευση, διόγκωση και πυρετό. Όταν ριχθεί μπορεί να αφήσει συρίγγιο.

*Θεραπεία:* Χειρουργική.

**Συγγενείς ανωμαλίες νεφρού:** Οι σπουδαιότερες συγγενείς ανωμαλίες του νεφρού είναι οι κυστικές νεφροπάθειες, οι νεφρικές δυσπλασίες και η υποπλασία του νεφρού. Οι κυστικές νεφροπάθειες είναι κληρονομικές ή πρωτοπαθείς. Οι κύστες μπορεί να είναι μονήρεις ή πολλαπλές και να εντοπίζονται σε μια περιοχή του νεφρού ή να είναι διάσπαρτες. Η πολυκυστική νόσος των νεφρών μεταβιβάζεται με τον υπολειπόμενο χαρακτήρα και πιθανόν σε μερικές περιπτώσεις με τον επικρατούντα. Διακρίνουν 3 τύπους (νεογνικό, παιδικό και νεανικό). Η πρόγνωση είναι κακή. Στο νεανικό τύπο παρατηρούνται και αλλοιώσεις από το ήπαρ. Ο θάνατος επέρχεται από τη νεφρική ανεπάρκεια ή την πυλαία υπέρταση.

*Θεραπεία:* Είναι συμπτωματική.

**Συγγενείς ανωμαλίες του αποχετευτικού συστήματος των νεφρών:** Οι συνηθέστερες είναι: 1) η απόφραξη της πυελοουρητηρικής συμβολής που οφείλεται σε στένωση του άνω άκρου του ουρητήρα και (ή) πίεση του ουρητήρα από έκτοπο αγγείο και εκδηλώνεται με ουρολοίμωξη αιματουρία, λιθίαση, υδρονέφρωση κτλ. 2) οι συγγενείς μεγαουρητήρες που είναι ιδιοπαθής και εκδηλώνεται με ουρολοίμωξη, καθυστέρηση στην ανάπτυξη, υδρονέφρωση και νεφρική ανεπάρκεια, 3) κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση που εκδηλώνεται με ουρολοίμωξη, 4) η ουρητηροκήλη, που χαρακτηρίζεται από κυστική διάταση του ενδοκυστικού τμήματος του ουρητήρα και εκδηλώνεται με ουρολοίμωξη, αιματουρία, 5) οι βαλβίδες της οπίσθιας ουρήθρας, αποτελούνται από αναδίπλωση του βλεννογόνου που αρχίζουν από το σπερματικό λοφίο και καταλήγουν στο πρόσθιο πλάγιο τοίχωμα της ουρήθρας, την προστατική μοίρα της ουρήθρας ή σχηματίζουν κυκλικό διάφραγμα, 6) στένωση του έξω στομίου της ουρήθρας που εκδηλώνεται με δυσουρία και μεγάλη και λεπτή ακτίνα ούρησης και 7) εκτροφή της ουροδόχου κύστης, στην

οποία λείπει το πρόσθιο τοίχωμα της κύστης και το αντίστοιχο κοιλιακό και τα ηβικά οστά αφίστανται.

*Θεραπεία:* Χειρουργική.

**Απόστημα εγκεφάλου:** Προκαλείται από επέκταση λοιμώξεων του ωτός και των παραρρινικών κόλπων ή από σηπτικούς θρόμβους. Είναι συχνό στις συγγενείς καρδιοπάθειες. Εκδηλώνεται με πυρετό, κεφαλαλγία, ερεθισμό των μηνίγγων και μερικές φορές σπασμούς ή διάφορες εστιακές νευρολογικές διαταραχές. Όταν αναπτυχθεί το απόστημα παρατηρούνται φαινόμενα χωροκατακτητικής εξεργασίας, ανάλογα με το μέγεθος και την εντόπιση του αποστήματος.

*Θεραπεία:* Εφαρμόζεται έντονη αντιμικροβιακή θεραπεία με συνδυασμό αντιβιοτικών εναντίον Gram αρνητικών και Gram θετικών μικροβίων και αναερόβιων. Όταν σχηματιστεί και εντοπιστεί το απόστημα γίνονται αναρροφήσεις του πύου και εγχύσεις αντιβιοτικών. Όταν είναι δυνατή γίνεται εξαίρεση του αποστήματος.

**Υπο-επισκληρίδιο απόστημα:** Το υποσκληρίδιο απόστημα προέρχεται από επέκταση λοίμωξης των παραρρινικών κόλπων ή των μαστοειδών αποφύσεων και σπανιότερα από οστεομυελίτιδα του κρανίου. Μερικές φορές προέρχεται από επιμόλυνση του υποσκληρίδιου αιματώματος. Εκδηλώνεται με πυρετό, επίμονη ή υποτροπιάζουσα κεφαλγία, συνήθως μετωπιαία ή βρεγματοκροταφική, δυσκαμψία αυχένα, λήθαργο και συχνά σπασμούς. Το επισκληρίδιο απόστημα προέρχεται από οστεομυελίτιδα του κρανίου, θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων ή επιπλεγμένα κατάγματα του κρανίου. Εκδηλώνεται με πυρετό, έντονη κεφαλαλγία και μερικές φορές σπασμούς.

*Θεραπεία:* Γίνεται παροχέτευση του πύου και στη συνέχεια γίνονται πλύσεις με φυσιολογικό ορό και εγχύσεις μικρών ποσοτήτων των κατάλληλων αντιβιοτικών με καθετήρα που μένει μέσα στην

κοιλότητα. Παράλληλα εφαρμόζεται και γενική θεραπεία με αντιβιοτικά και συμπτωματική θεραπεία όπως και θεραπεία της παραρρινοκολπίτιδας ή της μαστοειδίτιδας ή της οστεομυελίτιδας που μπορεί να συνυπάρχει.

**Ενδονωτιαίο επισκληρίδιο αιμάτωμα:** Προέρχεται από επέκταση οστεομυελίτιδας ή μετάσταση από άλλη πυώδη εστία κυρίως σταφυλοκοκκική. Χαρακτηρίζεται από φαινόμενα φλεγμονής (πυρετό κτλ.), τοπικό πόνο και ευαισθησία και φαινόμενα πίεσης του νωτιαίου μυελού (αδυναμία ή παράλυση των κάτω άκρων με αύξηση συνήθως των αντανακλαστικών, αισθητικές διαταραχές, ορθοκυστικές διαταραχές κτλ.).

*Θεραπεία:* Εφαρμόζεται αντιμικροβιακή, κυρίως αντισταφυλοκοκκική θεραπεία χειρουργική διάνοιξη του αποστήματος και παροχέτευση του.

**Θρομβώσεις φλεβωδών κόλπων σκληρής μήνιγγας:** Είναι αποτέλεσμα λοίμωξης τους ή της σκληρής μήνιγγας που τους περιβάλλει. Η θρόμβωση του εγκάρσιου κόλπου προέρχεται συνήθως από μαστοειδίτιδα του σηραγγώδους κόλπου, από φλεγμονή των παραρρινικών κόλπων, των κογχών και του άνω μισού του προσώπου, του άνω οβελιαίου κόλπου από θρομβοφλεβίτιδα του εγκάρσιου ή άλλου κόλπου. Εκδηλώνονται με γενικά φαινόμενα (ρίγος, πυρετό, κτλ.), αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης, εστιακά φαινόμενα του εγκεφάλου από τη φλεβική στάση, το οίδημα και το έμφραγμα. Σε θρόμβωση του σηραγγώδη κόλπου προκαλείται οίδημα και αιμορραγία των βλεφάρων, εξόφθαλμος, θρόμβωση των φλεβών του αμφιβληστροειδή και αργότερα οίδημα θηλής, ελάττωση όρασης και παράλυση οφθαλμοκινητικών μυών.

*Θεραπεία:* Εφαρμόζεται έντονη αντιβιοτική θεραπεία ΕΦ. Πολλές φορές γίνεται παροχέτευση του πύου. Συγχρόνως θεραπεύεται η βασική νόσος π.χ. η μαστοειδίτιδα, το υπό- ή επισκληρίδιο απόστημα.



**Συγγενές εξάρθημα ισχίου:** Οφείλεται σε γενική χάλαση των αρθρώσεων παροδική ή μόνιμη με τη συμβολή πολλών παραγόντων όπως γενετικών, ορμονικών, ανώμαλης θέσης του εμβρύου (ισχιακή προβολή), φάσκιωμα κτλ. Διακρίνεται σε συγγενές υπεξάρθημα και εξάρθημα του ισχίου. Η διάγνωση του γίνεται με τις μεθόδους Ortolani και Barlow (γδούπος κατά την ημιαπαγωγή των μηρών, όπως και κατά την προσαγωγή τους), αδυναμία απαγωγής του ισχίου κτλ. και ακτινολογικά (διάσπαση συνέχειας θυροαυχενικού τόξου, μεγαλύτερη κλίση της οροφής της κοτύλης, μικρότερος ο πυρήνας της κεφαλής του μηριαίου κτλ.).

*Θεραπεία:* Όταν δεν παρατηρηθεί αυτόματη ίαση μέχρι την 3η βδομάδα της ζωής, εφαρμόζεται απαγωγή με μαξιλάρι ή με τη βοήθεια ειδικών ελαστικών νάρθηκων από αλουμίνιο. Σε μεγαλύτερη ηλικία η θεραπεία είναι η ανάταξη του εξάρθρηματος και τοποθέτηση γύψινου επιδέσμου.

## 2.1. Τα επείγοντα περιστατικά

### ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ

(ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ)

#### **Ιδιαιτερότητες στα παιδιά**

Κρανιακή κάψα λεπτή και ελαστική → συχνά εντοπισμένα ή εκτεταμένα αιματώματα → πιο συχνές εντοπισμένες εγκεφαλικές βλάβες.

Οι τραυματισμοί που προέρχονται από θλαστικά αντικείμενα οδηγούν είτε σε ρήξη της κρανιακής κάψας είτε σε εμπύεσμα.

Εγκεφαλική ουσία όχι τόσο συμπαγής → μεγαλύτερος κίνδυνος τοπικών βλαβών.

Μεγάλη τάση για εγκεφαλικό οίδημα.

Ορισμένες κρανιακές ραφές στο νεογνό μπορούν να συγχέονται με κατάγματα.

### Τύποι καταγμάτων

#### *α. Ρωγμώδη κατάγματα*

Τα πιο συχνά.

Καλής πρόγνωσης όταν είναι μονήρη.

Αν υπάρχει ταυτόχρονη ρήξη της σκληράς μήνιγγας και της αραχνοειδούς, δημιουργία κύστεων με υγρό → απομάκρυνση των χειλέων του τραύματος από την εγκεφαλική πίεση → προοδευτική διεύρυνση του κατάγματος.

*Θεραπεία:*

- ρωγμώδες κάταγμα → παρακολούθηση
- προοδευτικά διευρυνόμενο κάταγμα → σύγκλειση της ρήξης της σκληράς μήνιγγας και ενδεχόμενα κρανιοπλαστική με ακρυλική πλάκα.

#### *β. Εμπέσμα κρανίου*

Δημιουργείται από πρόσκρουση σε αντικείμενο με γωνίες (πτώση ή κτύπημα).

Επιφανειακό αιμάτωμα που κλυδάζει.

Βέβαιη διάγνωση δεν είναι δυνατή παρά με ακτινογραφία κατ' εφαπτομένη.

Τύποι:

1. αποσπαστικό κάταγμα κατ' εφαπτομένη
2. εμπιεσματικό κάταγμα

*Θεραπεία:*

- χειρουργική ανάταξη του εμπιέσματος με γενική νάρκωση
- παροχέτευση του υπάρχοντος πάντοτε επισκληρίδιου αιματώματος

### ***γ. Διαμπερή κατάγματα***

Αίτια: πτώση πάνω σε οξεία αντικείμενα, τραύματα από πυροβόλα όπλα, τροχαία ατυχήματα.

Επισκόπηση: χείλη τραύματος ανώμαλα, ενδεχόμενα ορόρροια και παρουσία εγκεφαλικής ουσίας στην ουλή.

Ενδιαφέρουσα η ακτινολογική διάγνωση.

*Θεραπεία:*

- αφαίρεση των χειλέων του τραύματος
- ανάταξη ή αφαίρεση των οστικών τεμαχίων που έχουν εισχωρήσει στην εγκεφαλική ουσία
- αφαίρεση της κατεστραμμένης εγκεφαλικής ουσίας και συρραφή της σκληρής μήνιγγας
- παροχέτευση
- αντιβιοτικά
- αντιτετανικός εμβολιασμός
- συχνά ένδειξη μετάγγισης αίματος

### ***δ. Επισκληρίδιο αιμάτωμα***

Ταυτόχρονη ρήξη ενός αγγείου της σκληρής μήνιγγας και της κρανιακής κάψας.

Συχνά ραγδαία αιμορραγία.

Κλασικά συμπτώματα:

1. απώλεια της συνείδησης μετά από ελεύθερο μεσοδιάστημα
2. μυδρίαση και ακαμψία της κόρης στην πλευρά της βλάβης
3. συζυγής εκτροπή των οφθαλμών προς την πλευρά της εστίας
4. πάρεση και σπασμοί στην αντίθετη πλευρά
5. παθολογικά αντανακλαστικά (Babinski) στην αντίθετη πλευρά

*Διάγνωση:* αναμνηστικό, νευρολογικά συμπτώματα, αγγειογραφία, αξονική τομογραφία.

*Θεραπεία:*

1. άμεση κρανιοανάτρηση και αφαίρεση αιματώματος
2. θεραπεία του shock
3. θεραπεία του εγκεφαλικού οιδήματος

*Πρόγνωση:* καλή εφ' όσον η εγχείρηση γίνεται έγκαιρα.

#### **ε. Υποσκληρίδιο αιμάτωμα**

*Μηχανισμός:*

1. ρήξη των επιπολής εγκεφαλικών φλεβών κατά την είσοδο τους στον άνω οβελιαίο κόλπο
2. ρήξη ενός φλεβώδους κόλπου

*Συμπτώματα:* ξαφνική απώλεια της συνείδησης χωρίς φωτεινό διάλειμμα ή προοδευτική βραδεία απώλεια της συνείδησης. Νευρολογικές διαταραχές.

*Διάγνωση:* ηχοεγκεφαλογραφία, πνευμοκοιλιογραφία, αγγειογραφία, αξονική τομογραφία.

Επείγουσα εγχείρηση ακόμα και χωρίς προκαταρκτική αγγειογραφία.

*Θεραπεία:*

1. κρανιοανάτρηση
2. αιμόσταση
3. παροχέτευση
4. θεραπεία του εγκεφαλικού οιδήματος

#### **στ. Ενδοεγκεφαλική αιμορραγία**

*Μηχανισμός:* βίαιη διάσχιση της εγκεφαλικής ουσίας με βλάβες των αρτηριών και των εγκεφαλικών φλεβών → διήθηση του εγκεφάλου από αίμα που έχει εξαγγειωθεί. Τα κλινικά σημεία δεν είναι πολύ χαρακτηριστικά και μοιάζουν συχνά με τα σημεία των επισκληρίδιων

αιματομάτων. Διαλείπουσα βελτίωση ή επιδείνωση ανάλογα με το βαθμό του εγκεφαλικού οιδήματος.

Βέβαιη διάγνωση με ηχοεγκεφαλογράφημα, αγγειογραφία, αξονική τομογραφία.

*Θεραπεία:*

- κρανιοανάτρηση, αιμόσταση, αφαίρεση της κατεστραμμένης εγκεφαλικής μάζας
- θεραπεία του shock
- θεραπεία του εγκεφαλικού οιδήματος

### **Βαθμοί εγκεφαλικών βλαβών**

**α. Εγκεφαλική διάσειση** = αναστρέψιμη βλάβη = ενδοκυττάρια μετατροπή της κατάστασης sol-gel. Σύντομη απώλεια της συνείδησης με παλίνδρομη αμνησία.

**β. Θλάση εγκεφάλου** = εντοπισμένη βλάβη του εγκεφάλου με εντοπισμένα συμπτώματα. Συνοδεύεται από μικροαιμορραγίες. Μεγάλης διάρκειας απώλεια της συνείδησης.

*Βασικός κίνδυνος:* γενικευμένο οίδημα του εγκεφάλου και νευρολογικές διαταραχές. Η θλάση του εγκεφαλικού στελέχους είναι ιδιαίτερα βαριά.

**γ. Βίαιη διάσχιση του εγκεφάλου** = καταστροφή της εγκεφαλικής ουσίας μη ανατάξιμη. Οριστικές νευρολογικές βλάβες, εκτός αν η βλάβη δεν προσβάλλει παρά μόνο τις «βουβές» περιοχές.

### **Γενική εκτίμηση του ασθενή που έχει υποστεί κρανιοεγκεφαλική κάκωση**

**Αναπνευστικές οδοί:** Έλεγχος για εισρόφηση, δήγμα της γλώσσας, απόφραξη των βρόγχων από θρόμβους αίματος. Η υποξία επιδεινώνει το εγκεφαλικό οίδημα και τις εγκεφαλικές βλάβες.

**Shock:** Ελέγχουμε τις σφύξεις, την αρτηριακή πίεση, το χρώμα του δέρματος, τη φλεβική κυκλοφορία και την περιφερική τριχοειδική, τη κεντρική φλεβική πίεση, τη διούρηση κλπ.

Η μη βελτίωση με σωστή θεραπεία του shock, ενός παιδιού με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, είναι συνήθως ένδειξη αιμορραγίας σε άλλο όργανο (σπλήνα, ήπαρ, νεφρός, κάταγμα λεκάνης) = *πολυτραυματίας*.

### **Εκτίμηση του βαθμού απώλειας της συνείδησης**

1ος βαθμός: το παιδί έχει επαφή με το περιβάλλον του και απαντά στις ερωτήσεις μας

2ος βαθμός: απαντά, αλλά είναι αποπροσανατολισμένο

3ος βαθμός: έχει υπνηλία, αλλά μπορεί να αφυπνισθεί

4ος βαθμός: έχει διανοητική θόλωση, διεγέρσεις και καμιά συνεργασία

5ος βαθμός: κώμα με αντίδραση στους δυνατούς ερεθισμούς και τον πόνο

6ος βαθμός: βαθύ κώμα χωρίς καμιά αντίδραση ή παρουσία μυϊκών συσπάσεων στην έκταση των άνω ή κάτω άκρων.

**Νευρολογικά σημεία:** Σημειώνω τις οφθαλμικές διαταραχές, τις κινητικές διαταραχές, τη θέση των άκρων, τα παθολογικά αντανακλαστικά, τους σπασμούς και τα εστιακά νευρολογικά σημεία.

**Κεφαλή:** Σημειώνω τις αιμορραγίες (μύτη, αυτιά, μάτια), τις βλάβες του δέρματος, τα κατάγματα.

**Ακτινολογικά σημεία:** Ακτινογραφία κρανίου F.P Αρτηριογραφία (όταν η άμεση κρανιοανάτρηση δεν είναι απαραίτητη). Αξονική τομογραφία.

### Γενικά θεραπευτικά μέτρα

Οι αεροφόρες οδοί πρέπει να είναι συνεχώς ανοικτές (καθαρισμός των αεροφόρων οδών, ενίοτε ενδοτραχειακή διασωλήνωση, χορήγηση οξυγόνου).

**Αντιμετώπιση του shock:** Ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης 10% ή διαλύματος Ringer lactate ή PPL. Συνεχής έλεγχος της αρτηριακής πίεσης, της κεντρικής φλεβικής πίεσης και της διούρησης (τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα).

#### **Προφύλαξη από το εγκεφαλικό οίδημα**

Χορήγηση Οξυγόνου.

Αποϊδηματική αγωγή με τη χορήγηση:

α) Lasix 1 mg x kg Β.Σ. (η δόση αυτή μπορεί να επαναληφθεί)

β) Μαννιτόλης 20% (100 ml χ m<sup>2</sup> επιφανείας σώματος)

γ) Κορτικοστεροειδή (Decadron 16 mg x m<sup>2</sup> επιφανείας σώματος την ημέρα ή υδροκορτιζόνη 100-200 mg x m<sup>2</sup> επιφανείας σώματος την ημέρα).

δ) Χορήγηση λευκωματίνης 20%.

**Αντιβιοτικά και αντιτετανική κάλυψη** εκεί που χρειάζονται.

### Επιπλοκές στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Γενικά εξαιρετική επαναλειτουργία των εγκεφαλικών λειτουργιών στα παιδιά. Τα πιο συχνά παθολογικά υπολείμματα ανάλογα με την εντόπιση

#### **Μετωπιαία περιοχή:**

- μεταβολή προσωπικότητας
- διαταραχές της δυνατότητας συγκέντρωσης
- μείωση της απόδοσης στο σχολείο

### ***Βρεγματική περιοχή:***

- ημιπάρεση του αντίστοιχου τμήματος του σώματος
- επιληψία τύπου Jackson
- αφασία

### ***Κροταφική περιοχή:***

- διαταραχές της συνεργασίας των οφθαλμοκινητικών μυών

### ***Στέλεχος του εγκεφάλου:***

- αλλαγή συμπεριφοράς
- διαταραχές διάνοιας
- σπαστικότητα, τρόμος, διαταραχές της ομιλίας

### ***Ανοικτά κατάγματα:***

- μηνιγγίτιδα, εγκεφαλικά αποστήματα

### ***Εγκεφαλική θλάση:***

- μετατραυματική επιληψία

### ***Βλάβες των επιπολής εγκεφαλικών φλεβών και υποσκληρίδια αιμορραγία:***

- υποσκληρίδιο χρόνιο αιμάτωμα με βραδείες προοδευτικές διαταραχές

## **ΠΕΡΙΕΣΦΙΓΜΕΝΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ**

Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος νέκρωσης του εντέρου (στραγγαλισμένη κήλη)!

**α)** Στις πρώτες 6 ώρες γίνεται προσπάθεια ανάταξης με ήπιους χειρισμούς, ενδεχόμενα με ελαφρά νάρκωση και σε αποτυχία ριζική χειρουργική θεραπεία.

**β)** Μετά την 6<sup>η</sup> ώρα, ή και νωρίτερα εφ' όσον η ανάταξη με τα χέρια δεν απέδωσε, επιβάλλεται η επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Σ' αυτήν γίνεται απαραίτητα έλεγχος των περισφιγμένων οργάνων και



εκτομή του νεκρωμένου τμήματος του εντέρου εάν χρειασθεί. Στη συνέχεια προβαίνουμε σε εκτομή του κηλικού σάκου.

## **ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

### **Παθολογοανατομικοί τύποι του εγκολεασμού**

Ο εγκολεασμός αρχίζει στο κατώτερο τμήμα του λεπτού εντέρου, δηλαδή στον τελικό ειλεό. Το τμήμα που εγκολεάζεται πρώτο παραμένει κατά τη διάρκεια της εξέλιξης σαν η κεφαλή του εγκολεασμού.

Ο εγκολεασμός ανάλογα με την εντόπισή του διακρίνεται σε:

- ειλεοειλεακό εγκολεασμό
- ειλεοκολικό εγκολεασμό
- ειλεοτυφλικό εγκολεασμό
- κολοκολικό εγκολεασμό

Σε περιπτώσεις που το τυφλό και το ανιόν κόλον έχουν πολύ μακρύ μεσεντέριο (κινητά τυφλό) ο εγκολεασμός μπορεί να προχωρήσει πολύ περισσότερο κατά μήκος του κόλου, απ' ό,τι σε περιπτώσεις που το τυφλό είναι καλά στερεωμένο στο κοιλιακό τοίχωμα

### **Αιτιολογία**

**α. Ιδιοπαθής εγκολεασμός:** Είναι ο πιο συχνός τύπος και παρατηρείται μόνο στα βρέφη. Κατά την εγχείρηση δε διαπιστώνεται συγκεκριμένη αιτία. Σύμφωνα με μια υπόθεση αιτιοπαθογενετικό ρόλο παίζει η διόγκωση των πλακών του Peyer (ίωση, εντερίτιδα ή λοίμωξη των αναπνευστικών οδών) που παρασύρονται από τον έντονο περισταλτισμό του εντέρου και οδηγούν πιθανώς σε εγκολεασμό.

**β. Μεκέλειος απόφυση:** Αυτή αποτελείται από πολύ παχύ εντερικό βλεννογόνο γαστρικό βλεννογόνο ή, ενδεχόμενα, και από έκτοπο παγκρεατικό ιστό, και συχνά αποτελεί την κεφαλή του εγκολεασμού κυρίως σε παιδιά της προσχολικής και σχολικής ηλικίας.

**γ. Πολύποδες του εντέρου:** Σαν μισχωτοί όγκοι παρασύρονται από τον εντερικό περισταλτισμό και έλκουν μαζί τους το τοίχωμα του εντέρου απ' όπου εξορμούνται. Οι πολύποδες εντοπίζονται κατά προτίμηση στο ανώτερο ή το μεσαίο τμήμα του λεπτού εντέρου. Είναι γενικά συχνοί στην προσχολική και σχολική ηλικία.

**δ. Λεμφοσάρκωμα της ειλεοτυφλικής βαλβίδας:** Ο εγκολεασμός σ' αυτές τις περιπτώσεις έχει χαρακτήρα υποξύ ή χρόνιο, αφορά συνήθως μεγάλα παιδιά και έχει κακή πρόγνωση.

**ε. Χρόνιος εγκολεασμός:** Είναι πολύ σπάνιος.

**στ. Αναφυλακτοειδής κοιλιακή πορφύρα** (νόσος Schoenlein-Henoch-Glanzmann): Κυρίως στην προσχολική και σχολική ηλικία. Τα αιματώματα του εντερικού βλεννογόνου που δημιουργούνται σ' αυτήν την πάθηση παρασύρονται από τον περιορισμό και προκαλούν εγκολεασμό. Παρουσιάζεται κυρίως στην προσχολική και σχολική ηλικία και η διάγνωση του είναι πολύ δύσκολη γιατί η ίδια η ασθένεια που τον προκαλεί εκδηλώνεται με κοιλιακούς πόνους και αίμα στα κόπρανα.

**ζ. Τροπικές ασθένειες:** Πολυάριθμες τροπικές ασθένειες του εντέρου είναι υπεύθυνες για τον εγκολεασμό του εντέρου, κυρίως στους ενήλικες.

#### Συνέπειες του εγκολεασμού

Το μεσεντέριο παρασύρεται από τον άλλαντα του εγκολεασμού και έχουμε συμπίεση των αγγείων στον αυχένα του εγκολεασμού αρχικά των φλεβών, με αποτέλεσμα οίδημα, υπερέκκριση βλέννας, στάση αίματος, αιμορραγίες, αργότερα δε συμπίεση των αρτηριών, με αποτέλεσμα ισχαιμία και νέκρωση του άλλαντα του εγκολεασμού. Ο στραγγαλισμός στον αυχένα του εγκολεασμού είναι πολύ ισχυρός μετά 18-24 ώρες ώστε εκδηλώνεται η εικόνα της εντερικής απόφραξης. Αν η κατάσταση μείνει χωρίς θεραπεία η κατάληξη είναι θάνατος.

## Διάγνωση

### *Αναμνηστικό*

α) Αναφέρονται πρόδρομα συμπτώματα συχνά στο 1/3 των περιπτώσεων: εντερίτιδα, ιώσεις ή λοίμωξη των αναπνευστικών οδών.

β) Σε παιδιά με καλή φυσική κατάσταση η έναρξη της νόσου είναι αιφνίδια (εξαίρεση ο χρόνιος εγκολεασμός από σάρκωμα της ειλεοτυφλικής και ο χρόνιος ιδιοπαθής εγκολεασμός).

γ) Οι γονείς αναφέρουν εμέτους που ακολουθούνται από ελεύθερα διαστήματα και εντερικούς κολικούς με συχνότητα που συνεχώς αυξάνει όσο περνούν οι ώρες.

δ) Η ανεύρεση αίματος στα κόπρανα ανακατεμένο με βλέννα (πηκτή φράουλας) είναι σημείο όψιμο που παρατηρείται μετά 8-18 ώρες από την έναρξη του εγκολεασμού.

ε) Τα σημεία κεντρικής απόφραξης και η αφυδάτωση είναι επίσης όψιμα σημεία, που εμφανίζονται μετά 8-18 ώρες ή και αργότερα.

στ) Η εξίσωση του Ombredanne «εγκολεασμός = σημεία εντερικής απόφραξης + αποβολή αίματος από το ορθό» είναι σωστή, αλλά αφορά την όψιμη φάση του εγκολεασμού.

### Κλινικά ευρήματα

α) *Γενικά σημεία:* Ωχρότητα, αφυδάτωση, κλπ.

*Προσοχή:* Σ' ένα ελεύθερο μεσοδιάστημα ο ασθενής μπορεί να δώσει την εντύπωση του απόλυτα υγιούς!

β) *Κοιλιά:* Η ψηλάφηση του άλλαντα του εγκολεασμού είναι πολύ συχνά δυνατή (σημεία που συνήθως ψηλαφάται είναι ο δεξιός λαγόνιος βόθρος, το επιγάστριο και μερικές φορές ο αριστερός λαγόνιος βόθρος). Σε όψιμες περιπτώσεις είναι έκδηλα τα σημεία εντερικής απόφραξης και περιτονίτιδας.

γ) *Δακτυλική εξέταση*: Το δάκτυλο επαλείφεται με αίμα ή αιματοφαβή βλέννα. Μερικές φορές είναι δυνατόν να ψηλαφηθεί η κεφαλή του εγκολεασμού που μπορεί να φθάνει μέχρι το ορθοσιγμοειδές (στη δακτυλική από το ορθό εξέταση μοιάζει με τον τράχηλο της μήτρας).

**Διαφορική διάγνωση.** Αυτή πρέπει να γίνει από: αιμορραγική εντερίτιδα κοιλιακή αναφυλακτοειδή πορφύρα (Νόσος των Schoerilein-Henoch-Glanzmann), πεπτικό έλκος (Μεκέλειος απόφυση). κλπ.

### Ακτινολογικός έλεγχος

α) *Απλή ακτινογραφία κοιλιάς*: Σε όρθια θέση. Στις πολύ πρόσφατες περιπτώσεις κανένα παθολογικό σημείο. Στις όψιμες όμως είναι χαρακτηριστικά τα υδραερικά επίπεδα από την εντερική απόφραξη.

β) *Βαριούχος υποκλυσμός*: Οι ακτινολογικές εικόνες είναι ενδεικτικές της διακοπής της συνέχειας του εντέρου και χαρακτηρίζονται περιγραφικά σαν εικόνες κυπέλλου, κονκάρδας, κρύπτης, ουράς αστακού κλπ.

γ) Οι καθαρά ειλεοειλεακοί εγκολεασμοί είναι γενικά πολύ δύσκολο να γίνουν αντιληπτοί με ακτινολογικό έλεγχο.

### Θεραπεία

**Γενική θεραπεία:** Προφύλαξη ή διόρθωση της τοξικής κατάστασης αν αυτή υπάρχει.

**Συντηρητική θεραπεία:** Είναι πολύ επικίνδυνη. Η προσπάθεια ανάταξης με βαριούχο υποκλυσμό υπό ακτινολογικό έλεγχο πρέπει να αποφεύγεται γιατί περικλείει πολλούς κινδύνους όπως:

1ον: ατελή ή καμιά ανάταξη του ειλεοειλεακού τμήματος του εγκολεασμού

2ον: διάτρηση του εντέρου από αυξημένη υδροστατική πίεση

3ον: αδυναμία διάγνωσης των πραγματικών παθογενετικών αίτιων του εγκολεασμού (Μεκέλειος απόφυση, πολύποδας, σάρκωμα, κλπ.).

### ***Χειρουργική θεραπεία***

Απεγκολεασμός του εντέρου με χειρισμούς.

Εκτομή του τμήματος που δε μπορεί να απεγκολεασθεί ή παρουσιάζει μείωση της ζωτικότητας ή νέκρωση και τελικοτελική αναστόμωση.

**Αποτελέσματα:** Τα τελευταία 20 χρόνια η θνησιμότητα κατέβηκε κάτω από το 1% οι δε μετεγχειρητικές υποτροπές κάτω από το 4%. Τα όψιμα περιστατικά παρουσιάζουν γενικά τους περισσότερους κινδύνους.

## **ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ**

### **1. Γενικά**

Η σκωληκοειδίτιδα είναι η πιο συχνή αιτία οξείας κοιλίας στα παιδιά.

**Ορισμός:** Η οξεία κοιλία είναι ένα κλινικό σύνδρομο στο οποίο ενδείκνυται η επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση.

**Αίτια οξείας κοιλίας.** Γενικά είναι τα εξής:

α) απόφραξη του γαστρεντερικού σωλήνα (ατρησία, στραγγαλισμός, ταινίες, ειλεός από μηκόνιο, megacolon, διπλασιασμός, εγκολεασμός, κλπ.)

β) φλεγμονώδεις παθήσεις (σκωληκοειδίτιδα, χολοκυστίτιδα, παγκρεατίτιδα, περιτονίτιδα, διάτρηση του γαστρεντερικού σωλήνα, κλπ.)

γ) αγγειακές παθήσεις (θρόμβωση μεσεντέριας αρτηρίας ή θρόμβωση της πυλαίας φλέβας)

δ) συστοφή ενός μισχωτού οργάνου (ωοθήκη, όγκος, κύστη, κλπ.)

ε) ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία (ρήξη σπλήνας, ρήξη ήπατος, ρήξη θυλακίου, κλπ.)

στ) ουρολογικές παθήσεις (οξεία επίσχεση των ούρων, υδρονέφρωση, όγκος, λιθίαση, τραυματική ρήξη του νεφρού, κλπ.)

ζ) ψευδοοξεία κοιλία (πνευμονία, μυοκαρδίτιδα, επιδημική μυαλγία, κλπ)

## **2. Κλασικά και άτυπα σημεία της σκωληκοειδίτιδας των παιδιών**

**1. Κλασικά σημεία:** Ναυτία, εμετοί, δυσκοιλιότητα, άλγος στην κοιλία. Μυϊκή αντίσταση, άλγος κατά την ψηλάφηση και την πίεση στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, άλγος δεξιά και πάνω κατά τη δακτυλική εξέταση, επίχριστη γλώσσα πυρέτιο με ταχυσφυγμία, λευκοκυττάρωση. Η θερμοκρασία στο ορθό είναι πολύ πιο αυξημένη απ' ότι στη μασχάλη.

### **2. Άτυπα σημεία, συχνά στα παιδιά**

α) Η κλασική εικόνα δεν είναι γενικά πλήρης στα παιδιά παρά μετά τη διάτρηση.

β) Η ναυτία και οι έμετοι είναι κοινά σε μεγάλο αριθμό παθήσεων στα παιδιά, αλλά είναι δυνατόν να λείπουν στη σκωληκοειδίτιδα (ιδιαίτερα σε οπισθοτυφλική ή πυελική θέση της).

γ) Κοιλιακά άλγη: Δεν παρατηρούνται πάντοτε στα παιδιά παρά μόνο μετά τη διάτρηση. Αρχίζουν περιομφαλικά εντοπιζόμενα κατόπιν στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Τα πιο μεγάλα παιδιά έχουν την τάση να αποκρύπτουν τους πόνους για το φόβο μιας εγχείρησης. Οι ίδιοι πόνοι εμφανίζονται πολύ συχνά στην πνευμονία.

δ) Δυσκοιλιότητα: Δεν αποτελεί σταθερό σημείο. Αντίθετα πολύ συχνά έχουμε την εμφάνιση πρωτοπαθών διαρροιών (πρόδρομο στάδιο) ή δευτεροπαθών (σε πυελική θέση της σκωληκοειδούς ή σε απόστημα του Δουγλασείου).

ε) *Μυϊκή αντίσταση*: Είναι το πιο σημαντικό εύρημα. Μπορεί να λείπει στην οπισθοτυφλική σκωληκοειδίτιδα ή μετά από επικάλυψη της φλεγμαίνουσας σκωληκοειδούς από το επίπλουν. Η μυϊκή αντίσταση βρίσκεται συνήθως κατά την ψηλάφηση του δεξιού λαγόνιου βόθρου αλλά μπορεί να έχει και άτυπη εντόπιση (υφηπατική περιοχή, αριστερός λαγόνιος βόθρος κ.λ.π.)

στ) *Άλγος κατά την ψηλάφηση*: Το εύρημα αυτό δεν είναι σταθερό και χρειάζεται προσοχή για να μην το αποκρύψει ο ασθενής.

ζ) *Άλγος προκαλούμενο κατά την πίεση* είναι σημείο περιτοναϊκού ερεθισμού. Το συναντάμε στη σκωληκοειδίτιδα, την περιτονίτιδα και την οξεία μεσεντερική λεμφαδενίτιδα ενώ λείπει στην εντεροκολίτιδα.

η) *Δακτυλική εξέταση από το ορθό*: Είναι πολύ ενδιαφέρουσα για τη διάγνωση. Τα ευρήματα από το ορθό, δηλαδή η προβολή του Δουγλασείου και η ευαισθησία, μπορεί να λείπουν στην οπισθοτυφλική σκωληκοειδίτιδα ή σε υφηπατική θέση της σκωληκοειδούς.

θ) *Λεοκοκυττάρωση*: Δεν είναι απόλυτο διαγνωστικό σημείο. Συχνά λείπει:

- αμέσως μετά τη διάτρηση της σκωληκοειδούς
- στις βαριές τοξικές περιπτώσεις
- όταν η σκωληκοειδίτιδα προκαλείται κατά τη διάρκεια ιλαράς ή άλλης ίωσης (γαστρεντερίτιδα από ιό).
- σε παροξυσμό χρόνιας σκωληκοειδίτιδας

ι) *Ηρεμιστικά και αναλγητικά*. Αντενδείκνυται η χορήγησή τους εφ' όσον δεν έχει τεθεί η διάγνωση.

### **3. Θεραπεία**

- **Μη διατηρηθείσα σκωληκοειδής**: Σκωληκοειδεκτομή.

- **Διατρηθείσα σκωληκοειδής:** Σκωληκοειδεκτομή και παροχέτευση, ενδεχόμενα περιτοναϊκή πλύση. Χορήγηση αντιβιοτικών.

#### **4. Επιπλοκές**

Περιτονίτιδα, αποστήματα του Δουγλασείου, μεσεντερικά ή υποδιαφραγματικά. Παραλυτικός ειλεός στην αρχή και αργότερα αποφρακτικός ειλεός από ινώδεις ταινίες και συμφύσεις. Βαριές ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

#### **Ρήξη του ήπατος**

α) *Στα νεογνά:* Οφείλεται σε μαιευτική κάκωση κατά τη γέννηση. Λόγω της μεγάλης απώλειας αίματος συνοδεύεται από shock και αναιμία. Η διάγνωση θα γίνει με παρακέντηση της περιτοναϊκής κοιλότητας. Θεραπεία: απαιτείται επείγουσα συρραφή του ήπατος.

β) *Στα πιο μεγάλα παιδιά:* Είναι συνήθως αποτέλεσμα κλειστού τραυματισμού (θλάσης) της κοιλιάς. Σε περίπτωση κεντρικής βλάβης, χωρίς ρήξη της κάψας, μπορεί να υπάρχει εμφάνιση "αιμοχολίας", που χαρακτηρίζεται από αιμορραγία στο έντερο δια μέσου των χοληφόρων οδών → μέλαινα κένωση.

#### **Συγγενής κυστική διάταση του χοληδόχου πόρου**

**Γενικά:** Είναι πολύ σπάνια συγγενής διαμαρτία (2 περιπτώσεις σε 17.381 εγχειρήσεις των χοληφόρων όσων στην Κλινική Mayo 3 περιπτώσεις σε 10 χρόνια στη Βέρνη). Η αιτιολογία είναι άγνωστη. Υποθέτουν ότι η μεγάλη διάταση οφείλεται σε συνυπάρχουσα στένωση του χοληδόχου πόρου ή συγγενή ανεπάρκεια του τοιχώματος του χοληδόχου πόρου.

**Ανατομικοί τύποι:** Διακρίνουμε 3 κύριους τύπους:



1. συγγενή αμιγή κυστική διάταση του χοληδόχου πόρου (σφαιρική διόγκωση καλά αφοριζόμενη, που αφορά τμήμα του χοληδόχου πόρου)
2. εκκόλπωμα του χοληδόχου πόρου (ασύμμετρη διάταση)
3. χοληδοχοκήλη (πρόπτωση της κυστικής διάτασης του χοληδόχου πόρου στο δωδεκαδάκτυλο)

Και στους 3 τύπους οι ενδοηπατικοί χοληφόροι οδοί, οι ηπατικοί πόροι και η χοληδόχος κύστη είναι αρχικά φυσιολογικοί, αλλά διατείνονται με την πάροδο του χρόνου δευτεροπαθώς εξαιτίας της χολικής στάσης. Λόγω της στάσης είναι δυνατή η ανάπτυξη χολαγγειΐτιδας στο 15-25% των περιπτώσεων, με τελική εξέλιξη τη χολοστατική κίρρωση και την πυλαία, υπέρταση.

**Κλινική εικόνα:** Τα κορίτσια προσβάλλονται πιο συχνά απ' ό τι τ' αγόρια. Η κλασική τριάδα των συμπτωμάτων περιλαμβάνει:

- διαλείπον άλγος
- διόγκωση στο δεξιό υποχόνδριο ή το υπογάστριο
- διαλείποντα ίκτερο από στάση χολής

Διάγνωση με βαριούχο γεύμα: παρατηρείται έκκεντρη μετατόπιση και παραμόρφωση του δωδεκαδάκτυλου. Η χολοκυστογραφία δε δίνει συνήθως καμιά πληροφορία. Αντενδείκνυται επίσης η παρακέντηση της κύστης.

Μερικές φορές είναι δυνατόν να έχουμε κλινικά σημεία απόφραξης του δωδεκαδάκτυλου που καλύπτουν τη συμπτωματολογία της κυστικής διάτασης του χοληδόχου πόρου.

**Διαφορική διάγνωση:** Πρέπει να γίνει από όλους τους όγκους του υποχονδρίου και του επιγαστρίου, και ιδιαίτερα από κύστεις του ήπατος και κύστεις του παγκρέατος.

**Θεραπεία:** Συνίσταται σε χειρουργική εκτομή της κυστικής διάτασης, που περιλαμβάνει και τη χοληδόχο κύστη. Ακολουθεί

ηπατοεντερική αναστόμωση με τη βοήθεια μιας παράκαμψης «Roux en Y». Μερικές φορές είναι δυνατό να εφαρμόσουμε αναστόμωση μεταξύ του ηπατικού πόρου και του κάτω τμήματος του χοληδόχου πόρου.

## **ΘΛΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

Η θλάση της κοιλίας αντιπροσωπεύει το 2-3% όλων των τραυματισμών στα παιδιά, δεν είναι δηλαδή σπάνια. Στις περισσότερες περιπτώσεις η ιατρική εξέταση στηρίζεται στην υπόνοια του αναμνηστικού ότι το παιδί χτύπησε στην κοιλιά, ότι πέρασε κάτω από τροχοφόρο ή ότι έπεσε με την κοιλιά ή με τα πλάγια σε κάποιο αντικείμενο που προεξείχε.

### **1. Γενικά**

#### **Αναμνηστικό**

*Συνέβη πράγματι ατύχημα από παιδί;* Πολύ συχνά το ίδιο το παιδί ή οι γονείς του αναζητούν την εξήγηση για τον πόνο που αισθάνεται ο ασθενής σε κάποιο τραυματισμό από ατύχημα. Π.χ., οι πόνοι της οξείας σκωληκοειδίτιδας αποδίδονται συχνά σε πτώση επί της κοιλιάς.

*Αίτια του τραυματισμού:* Η φύση του ατυχήματος είναι ήδη μια ένδειξη για τη διάγνωση.

α) *Μαιευτικοί τραυματισμοί* → συνήθως προκαλείται ρήξη του ήπατος και πιο σπάνια του εντέρου (στη δωδεκαδακτυλονηστιδική γωνία) ή του σπλήνα. Κύρια αίτια είναι συνήθως η βίαιη τεχνητή αναπνοή (πίεση στο στέρνο και το επιγάστριο).

β) *Πτώση από παράθυρο, πτώση σε φωταγωγό, κλπ., πάνω σε αντικείμενο που προεξέχει* → συνήθως ρήξη του σπλήνα ή του ενός νεφρού, σπανιότερα ρήξη του ήπατος.

γ) *Βίαιο κτύπημα σύντομης διάρκειας:* Λάκτισμα από άλογο, κλωτσιά, κλπ. → ρήξη του εντέρου.

δ) *Τροχαίο ατύχημα* → πολλαπλές βλάβες (πολυτραυματίας).

*Βαρύτητα του ατύχηματος:* Το ατύχημα δεν είναι ανάγκη να είναι βαρύ για να προκαλέσει προβλήματα. Η πτώση ενός βρέφους από τα χέρια της μητέρας ή η πτώση ενός παιδιού που γλιστρά πάνω στο χαλί και πέφτει πάνω στο ξύλο του κρεβατιού, αρκούν για να προκαλέσουν ρήξη του σπλήνα ή ρήξη του νεφρού

### **Γενική συμπτωματολογία**

*Συμπτωματολογία που χαρακτηρίζεται από shock:* Αυτή εμφανίζεται μετά από κάποιο μεσοδιάστημα χωρίς συμπτώματα (αρχικά συγκοπή → επανάκτηση των αισθήσεων → shock). Το παιδί εμφανίζει:

- χαρακτηριστική ωχρότητα σαν κερι
  - ωχρότητα των βλεννογόνων
  - ιδρώτα στο πρόσωπο
  - κρύα άκρα
  - σύσπαση (collapsus) των περιφερικών φλεβών
  - έντονη δίψα
  - επιτάχυνση του σφυγμού
  - πτώση της αρτηριακής πίεσης
  - αδιαφορία
  - διαταραχές της συνείδησης
- } αιμορραγία
- } shock

### *Πυρετός*

α) *Είναι πρώιμο σύμπτωμα* πολύ σταθερό στις βλάβες των παρεγχυματικών οργάνων. Παρατηρείται άνοδος της θερμοκρασίας μέχρι τους 38-39°C. Μετά την εγκατάσταση του shock η αύξηση της θερμοκρασίας δε μπορεί να μετρηθεί στην περιφέρεια. Η θερμομέτρηση πρέπει να γίνεται στο ορθό ή τον οισοφάγο.

β) *Όψιμα συμπτώματα:* Μπορεί να έχουμε φλεγμονή ενός νεφρικού αιματώματος, περιτονίτιδα μετά από διάτρηση ενός κοίλου οργάνου, κλπ.

### **Τοπικά συμπτώματα**

Οι *εκχυμώσεις* επιτρέπουν συχνά την εντόπιση του τραυματισμού.

## Άλγος

### α) αυτόματο άλγος

- στην περιοχή της βλάβης (ήπαρ, σπλήνας, νεφρική χώρα)
- διάχυτο: βλάβη του εντερικού σωλήνα

### β) αυτόματο άλγος με αντανάκλαση

- δεξιός ώμος ή δεξιό τμήμα της ράχης = ρήξη του ήπατος
- αριστερός ώμος = ρήξη του σπλήνα (ο πόνος σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι τόσο έντονος που οδηγεί στη σκέψη κατάγματος του ώμου)
- έσω επιφάνεια του μηρού και έξω γεννητικά όργανα = ρήξη του νεφρού

### γ) άλγος στην πίεση

- στο επίπεδο της βλάβης
- στο Δουγλάσειο κατά τη δακτυλική εξέταση = περιτονίτιδα

### δ) άλγος που επιδεινώνεται προοδευτικά

- περιτονίτιδα
- αιμάτωμα του κοιλιακού τοιχώματος

## Εργαστηριακές εξετάσεις

### Αίμα

α) αιμοσφαιρίνη και αιματοκρίτης: οι διαταραχές αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, η αιμορραγία πρέπει να εκτιμηθεί κλινικά

β) λευκοκύτταρα: αυξάνουν γρήγορα μετά από εσωτερική αιμορραγία (πιο ειδικά στη ρήξη του σπλήνα)

γ) τρανσαμινάσες: αυξάνουν γρήγορα μετά από βλάβη του ήπατος

δ) αμυλάση: οι τιμές της αυξάνονται παροδικά σε κάθε κατάσταση stress· στις βλάβες του παγκρέατος οι τιμές παραμένουν αυξημένες για μέρες ή και εβδομάδες

### *Ούρα*

α) *ποσότητα*: η διούρηση είναι πολύ σημαντικό στοιχείο για την εκτίμηση της κατάστασης του shock (τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα)

β) *αιματοουρία*: στις περιπτώσεις τραυματισμού του νεφρού ή της κύστης

γ) *αμυλάση*: έντονη αύξηση μετά ρήξη του παγκρέατος

*Περιτοναϊκή πλύση*: χρήσιμη για να διαγνώσουμε μια αιμορραγία στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

### **Ακτινολογικά ευρήματα**

#### *Η απλή ακτινογραφία κοιλιάς*

- απουσία shock: παίρνεται σε όρθια θέση
- σε κατάσταση shock: παίρνεται από τα πλάγια με τον άρρωστο ξαπλωμένο στη ράχη

#### *Ευρήματα*

α) πνευμοπεριτόναιο υποδιαφραγματικό ή μεταξύ ήπατος και κοιλιακού τοιχώματος = διάτρηση του γαστρεντερικού σωλήνα

β) εντερικές έλικες γεμάτες αέρα επιπλέουν πάνω από ομοιογενή διάχυτη σκιά = εκτεταμένη ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία (μετά λίγες ημέρες ενδεχόμενα να έχουμε περιτονίτιδα)

γ) μετατόπιση των οργάνων (π.χ. μετατόπιση της γαστρικής φυσαλίδας προς τα δεξιά σε περίπτωση ρήξης του σπλήνα)

δ) εντοπισμένη σκίαση σε ένα λαγόνιο βόθρο με ασαφές το χείλος του ψοΐτη = ρήξη του νεφρού, οπισθοπεριτοναϊκή αιμορραγία.

#### *Μετά από προετοιμασία*

α) διάβαση με βάριο και βαριούχος υποκλυσμός αντενδείκνυνται λόγω του κινδύνου διάτρησης του γαστρεντερικού σωλήνα

β) ενδοφλέβια πυελογραφία γίνεται σε περίπτωση υποψίας ρήξης του νεφρού

γ) παλίνδρομη πυελογραφία: σπάνια ενδείκνυται (ρήξη νεφρού)

δ) αρτηριογραφία: είναι η εξέταση εκλογής για την ακριβή διάγνωση των ρήξεων των νεφρών. Ενδείκνυται επίσης σε ρήξεις του ήπατος και σπλήνα.

## **2. Ρήξη του σπλήνα**

- συχνή τραυματική βλάβη
- άλγος στο αριστερό υποχόνδριο
- άλγος στον αριστερό ώμο
- ωχρότητα, shock
- λευκοκυττάρωση
- προσοχή στις ρήξεις που γίνονται σε 2 χρόνους (υποκάψια ρήξη αρχικά, που ακολουθείται αργότερα από ολική ρήξη)

*Ακτινολογικά ευρήματα* (σε ραχιαία κατάκλιση λόγω του κινδύνου shock): Οι εντερικές έλικες επιπλέουν πάνω από το εξαγγειωμένο στην περιτοναϊκή κοιλότητα αίμα.

*Θεραπεία:* Επείγοντως σπληνεκτομή.

*Επιπλοκές:* Μετεγχειρητική θρομβοκυττάρωση → θρόμβωση της μεσεντέριας αρτηρίας. Πολύ πιο σπάνια μπορεί να εκδηλωθεί το μετά σπληνεκτομή σύνδρομο φλεγμονής.

### **Ρήξη του ήπατος**

- λιγότερη συχνή από τη ρήξη του σπλήνα
- σημεία οξείας αιμορραγίας και shock
- διάταση της κοιλιάς
- αυξημένες τιμές τρανσαμινασών (αλλά οι τιμές λαμβάνονται συνήθως πολύ αργά)

*Ακτινολογικά ευρήματα:* Οι εντερικές έλικες επιπλέουν πάνω από το εξαγγειωμένο στην περιτοναϊκή κοιλότητα αίμα.

*Θεραπεία.* Συνίσταται σε:

- επείγουσα λαπαροτομία

- επιπωματισμό
- συρραφή του ήπατος
- ενδεχόμενα επείγουσα λοβεκτομή

*Επιπλοκές: Αιμοχολία.* Στην κεντρική ρήξη του ήπατος αιμορραγία στο έντερο διαμέσου των χοληφόρων οδών → μέλαινα μερικές μέρες μετά το ατύχημα.

### **Ρήξη του στομάχου ή του εντέρου**

- ξαφνικό, πολύ δυνατό και σύντομης διάρκειας κτύπημα (λάκτισμα από άλογο, κλωτσιά, τροχαίο, τεχνητή αναπνοή στο νεογνό)
- εντόπιση: δωδεκαδακτυλονηστιδική γωνία, τελικός ειλεός, ανιόν κόλο, κατιόν κόλο
- μυϊκή αντίσταση
- shock
- μετά την 6η ώρα: περιτονίτιδα
- σκεφθείτε τη διάτρηση σε 2 χρόνους μετά από απόσπαση του μεσοκόλου

*Ακτινολογικά ευρήματα:* Πνευμοπεριτόναιο.

*Θεραπεία.* Συνίσταται σε:

- επείγουσα λαπαροτομία
- γενικό έλεγχο (για να μη διαφύγει μια δεύτερη διάτρηση)
- συρραφή του στομάχου ή του εντέρου
- ενδεχόμενα εκτομή
- χορήγηση αντιβιοτικών

### **Ρήξη Παγκρέατος**

- πτώση με την κοιλιά επάνω σε ξύλο, φράχτη, τιμόνι τρίκυκλου, κλπ.
- άλγος στο επιγάστριο
- έμετοι ιδιαίτερα έντονοι

- σταθερή αύξηση της αμυλάσης στο αίμα και στα ούρα
- «χημική» περιτονίτιδα

*Θεραπεία.* Συνίσταται σε:

- επείγουσα λαπαροτομία
- έλεγχο της οπίσθιας κοιλότητας του επίπλου
- συρραφή ή εκτομή της ουράς του παγκρέατος
- παροχέτευση
- αναστολή λειτουργίας της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος με στέρηση τροφής
- παρεντερική διατροφή
- αναστολή λειτουργίας της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος με χορήγηση αντιχολινεργικών (ατροπίνη, Probanthine, σκοπολαμίνη)
- συνεχής αναρρόφηση του δωδεκαδάκτυλου.

*Επιπλοκές:* Ψευδοκύστη του παγκρέατος.



## **ΡΗΞΗ ΝΕΦΡΟΥ**

### ***1. Γενικά***

Είναι σχετικά συχνή στα παιδιά γιατί:

- ο νεφρός προστατεύεται λιγότερο από το θωρακικό τοίχωμα απ' ότι στους ενήλικες

το νεφρικό παρέγχυμα είναι πιο εύθραυστο και η ινώδης κάψα πιο λεπτή. Η νεφρική βλάβη είναι συχνά πιο βαριά σε σχέση με το ατύχημα που την προκάλεσε (δηλαδή μικρά ατυχήματα προκαλούν μεγάλες βλάβες).

### **2. Παθολογική ανατομική**

***Διακρίνουμε:***

- Θλάση νεφρού.
- Ρήξη της κάψας και ακτινωτό σχίσσιμο του φλοιού.
- Απόσπαση ενός περιφερικού τμήματος του παρεγχύματος και διακοπή της αιμάτωσης αυτού του τμήματος.
- Ολική ρήξη (κάταγμα του νεφρού) με ελεύθερο τμήμα ή ακόμη σε συνοχή με την πύελο. Η αιμάτωση άλλοτε διατηρείται και άλλοτε διακόπτεται.
- Μεμονωμένη ρήξη της πυέλου ή του ουρητήρα.

- Εσωτερική ρήξη με δημιουργία αρτηριοφλεβόδους ανευρύσματος.
- Απόσπαση του αγγειακού μίσχου.
- Συνύπαρξη με τραυματικές βλάβες άλλων οργάνων.
- Ρήξη παθολογικού νεφρού (υδρονέφρωση, όγκος του Wilms).

### **3. Κλινική διάγνωση**

Αναμνηστικό: τραυματισμός συχνά μικρός!

- Τοπικό άλγος συχνά μικρής έντασης.
- Έμετοι!
- Εκχυμώσεις του θώρακα, της κοιλιάς ή της νεφρικής χώρας.
- Ευαισθησία στην ψηλάφηση της νεφρικής χώρας.
- Μακροσκοπική αιματουρία στις ώρες που ακολουθούν το ατύχημα.
- Σπάνια έχουμε shock τις πρώτες ώρες. Το ίδιο σπάνιο είναι και το ολιγαιμικό shock σε μεμονωμένη ρήξη νεφρού (αντίθετα, είναι συχνό στους πολυτραυματίες: ήπαρ, σπλήνας, κ.λ.π.).

### **4. Ακτινολογικά ευρήματα**

**α) Απλή ακτινογραφία κοιλιάς:** Εξαφανίζεται το χείλος του ψοίτη και ενδεχόμενα υπάρχει μετατόπιση του εντέρου όταν το αιμάτωμα είναι μεγάλο.

**β) Πυελογραφία:** Υπάρχει διάχυση του σκιαγραφικού υλικού. Παραμόρφωση ή έλλειψη πλήρωσης ορισμένων καλύκων και της πυέλου. Μερικές φορές έχουμε σιγή του νεφρού (ρήξη της νεφρικής αρτηρίας). Έχει μεγάλη σημασία ο έλεγχος και του άλλου νεφρού.

**γ) Αγγειογραφία** (με διαδερμική είσοδο καθετήρα από τη μηριαία αρτηρία κατά Seldinger): Η εξέταση αυτή δίνει πολλές σημαντικές πληροφορίες:

- καθορίζει τη βαρύτητα της βλάβης
- καθορίζει την αιμάτωση

- καθορίζει την προγενέστερη κατάσταση του οργάνου (υδρονέφρωση, όγκος του Wilms)
- δείχνει το συνδυασμό με βλάβες άλλων οργάνων (ήπαρ, σπλήνας)

### **5. Η εκλογή της θεραπείας γίνεται βάσει της αγγειογραφικής εξέτασης**

Αγγειογραφία φυσιολογική ή λίγο αλλοιωμένη συντηρητική θεραπεία. Αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία ή ψευδοανεύρυσμα: συνιστάται συντηρητική θεραπεία στην αρχή, αργότερα ενδεχόμενα χειρουργική.

A. Ρήξη του νεφρού με τμήματα καλά αιματούμενα:

- χωρίς μετατόπιση και χωρίς διάχυση του σκιαγραφικού υλικού: συνιστάται συντηρητική θεραπεία
- χωρίς μετατόπιση αλλά με διάχυση του σκιαγραφικού υλικού: συνιστάται άμεση επέμβαση με διατήρηση του οργάνου
- μετατόπιση των τμημάτων: συνιστάται άμεση επέμβαση με διατήρηση του οργάνου

B. Ρήξη του νεφρού με ένα ή περισσότερα τμήματα κακώς αιματούμενα: συνιστάται άμεση τμηματική εκτομή.

Γ. Θρόμβωση νεφρικής αρτηρίας: συνιστάται νεφρεκτομή.

Δ. Ρήξη σε προϋπάρχουσα υδρονέφρωση: συνιστάται επέμβαση με διατήρηση του οργάνου και διόρθωση της ανωμαλίας ή νεφρεκτομή.

Ε. Ρήξη σε προϋπάρχοντα όγκο του Wilms: συνιστάται νεφρεκτομή, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

### **6. Αποτελέσματα**

Είναι καλά όταν η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι σωστή.

Επιπλοκές που ακολουθούν συνήθως μια συντηρητική θεραπεία:

- ψευδοκύστη των ουροφόρων οδών
- μετατραυματική τμηματική υδρονέφρωση
- τμηματική νέκρωση

## **ΟΞΕΙΑ ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΣΧΕΟΥ**

Για τη διαφορική διάγνωση πρέπει να ληφθούν υπόψη οι παρακάτω παθήσεις:

### **1. Παθήσεις που αφορούν τον όρχι, την επιδιδυμίδα και τους χιτώνες του.**

#### **Χιτώνες**

- βουβωνοκήλη
- υδροκήλη

#### **Διαταραχές της κυκλοφορίας**

- συστροφή του όρχεος
- συστροφή της υδατίδας κύστης (Morgani)
- διόγκωση του όρχεος από φλεβική στάση στην περιεσφιγμένη βουβωνοκήλη

#### **Διαταραχές από φλεγμονή**

- ορχίτιδα από παρωτίτιδα (μετά την εφηβεία)
- επιδιδυμίτιδα (από ιό ή επακόλουθος ουρολοίμωξης)

#### **Όγκοι**

- όγκοι του όρχεος με ταχεία αύξηση
- λευχαιμία

#### **Τραυματισμοί**

- αιμάτωμα του όρχεος και των χιτώνων του

### **2. Διόγκωση του οσχέου**

#### **Αλλεργική**

- ιδιοπαθές οίδημα του οσχέου
- οίδημα από αναφυλακτοειδή πορφύρα Schonlein-Henoch

#### **Φλεγμονώδης**

- γάγγραινα του οσχέου (από πρωτέα, κλωστηρίδιο, στρεπτόκοκκο)

### **Τραυματική**

- αιμάτωμα του οσχέου

### **Έντομα**

- οίδημα επακόλουθο δήγματος εντόμου

### **Υποπρωτεΐναιμία**

- νέφρωση
- ασκίτης

### **3. Συστροφή όρχεος**

#### **Ηλικία**

- πρώτος χρόνος της ζωής (συχνά στα νεογνά)
- στην έναρξη της εφηβείας

#### **Παθολογική ανατομική**

α) *Συστροφή πάνω από την ελυτροπεριτοναϊκή πτυχή:* Συστροφή εκτός του κοινού ελυτροειδή χιτώνα και σε όλη τη διαδρομή του σπερματικού πόρου.

β) *Συστροφή ενδοελυτροειδής:* Είναι δυνατή όταν η ελυτροπεριτοναϊκή πτυχή ανακάμπτει κάτω από την επιδιδυμίδα. Έτσι ο όρχις και η επιδιδυμίδα είναι μισχωτοί και δίνουν τη δυνατότητα για συστροφή και νέκρωση του όρχεος και της επιδιδυμίδας.

γ) *Συστροφή της επιδιδυμίδας:* Μπορεί να προκληθεί μόνο σε περίπτωση συγγενούς ανωμαλίας στη σύνδεση όρχεος και επιδιδυμίδας.

#### **Κλινική εικόνα**

##### *Συμπτώματα:*

- α) οξύς πόνος του όρχεος που συνοδεύεται συχνά από εμέτους
- β) σε ατελή συστροφή δυνατόν να εμφανισθούν πρόδρομα συμπτώματα με τη μορφή «κολικών του όρχεος»

γ) μερικές φορές παρατηρείται βραδεία εισβολή των συμπτωμάτων με πόνο στην περιοχή του βουβωνικού πόρου και στο όσχεο

*Κλινικά ευρήματα:*

α) ο όρχις βρίσκεται διογκωμένος, σκληρός και συχνά καθηλωμένος στο έξω βουβωνικό στόμιο

β) προκαλείται έντονο άλγος κατά την ψηλάφηση

γ) υπάρχουν διόγκωση, οίδημα και ετερόπλευρη υπεραιμία του οσχέου

**Διαφορική διάγνωση.** Θα γίνει από:

α) Ορχίτιδα από παρωτίτιδα (είναι εξαιρετικά σπάνια πριν από την εφηβεία).

β) Επιδιδυμίτιδα (είναι πολύ πιο σπάνια απ' ό τι η συστροφή και ακολουθεί χρόνια ουρολοίμωξη).

γ) Συστροφή υδατίδας κύστης (του Morgani). Η κλινική εικόνα είναι ίδια με της συστροφής του όρχεος.

**Θεραπεία:** Επειδή δεν είναι δυνατή η βέβαιη κλινική διάγνωση, ενδείκνυται σ' όλες τις περιπτώσεις η ερευνητική επέμβαση.

*Εγχείρηση:*

- γίνεται αποκατάσταση της συστροφής του όρχεος
- όταν αποκατασταθεί η κυκλοφορία, γίνεται εκστροφή του ελυτροειδή χιτώνα με τη μέθοδο του Winkelmann για να αποφύγουμε την υποτροπή
- εάν δεν αποκατασταθεί η κυκλοφορία και ο όρχις είναι νεκρωμένος κάνουμε ορχεκτομή
- σ' όλες τις περιπτώσεις γίνεται αναστροφή του ίδιου ελυτροειδή χιτώνα και της αντίθετης πλευράς για λόγους προφυλακτικούς, μια και η διαμαρτία του ελύτρου που προδιαθέτει σε συστροφή είναι γενικά αμφοτερόπλευρη

**Πρόγνωση:** Ο όρχις μπορεί να σωθεί εάν η επέμβαση γίνει τις 6 πρώτες ώρες.

#### **4. Συστροφή υδατίδας κύστης (κύστη του Morgani)**

Η συμπτωματολογία είναι όμοια με της συστροφής του όρχεος.

*Θεραπεία:* Συνίσταται σε αφαίρεση της νεκρωμένης υδατίδας.

#### **5. Γάγγραινα του οσχέου**

**Αίτια:** Συνήθως μικτές λοιμώξεις (από στρεπτόκοκκο, σταφυλόκοκκο, πρωτέα και κλωστηρίδιο του Welchii). Η πύλη εισόδου των μικροβίων είναι συνήθως αφανής.

##### **Κλινική εικόνα**

- οξεία έναρξη με διόγκωση του οσχέου, υποδόριο εμφύσημα και νέκρωση του δέρματος
- όρχις φυσιολογικός
- πυρετός και λευκοκυττάρωση

##### **Θεραπεία**

- χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος
- παροχετευτικές τομές
- κομπρέσες και ήπια αντισηπτικά (χαμομήλι)
- αφαίρεση των νεκρωμένων στοιχείων μετά την περιχαράκωση

##### **Πρόγνωση**

- είναι καλή και το δέρμα του οσχέου αποκαθίσταται
- ο όρχις γενικά δεν προσβάλλεται.

### **ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ**

#### **1. Γενικά**

**Συχνότητα:** Αποτελούν περίπου τα 10-15% των ατυχημάτων. Τα εγκαύματα από υγρά είναι πιο συχνά πριν από την ηλικία των 5 χρόνων ενώ οι άλλοι τύποι των εγκαυμάτων (φωτιά, εκρήξεις, κλπ.) είναι πιο συχνοί στη σχολική ηλικία.

**Αίτια:** Πιο συχνά ζεματιστά υγρά (περίπου 90%). πιο σπάνια φωτιά (8%), ηλεκτρισμός (1%) και χημικά προϊόντα (1%).

### *Τύπος ατυχήματος*

- κατσαρόλα, φλιτζάνι, κλπ. αναποδογυρισμένα
- πτώση σε λεκάνη με ζεματιστό νερό
- παιχνίδια με τη φωτιά
- παιχνίδια με ηλεκτρικά καλώδια
- θερμοφόρα στα νεογνά και τους παράλυτους

**Επίδραση της θερμοκρασίας:** Το ύψος της θερμοκρασίας έχει μικρότερη σημασία από τη διάρκεια της επαφής.

## **2. Τοπικές βλάβες**

### **Βάθος του εγκαύματος**

Έχει σημασία για την πρόγνωση.

1ου βαθμού: ερύθημα

2ου βαθμού: δημιουργία φλυκταινών

επιφανειακή βλάβη (ακανθοκυτταρική στιβάδα της επιδερμίδας)

εν τω βάθει βλάβη (καταστροφή της βασικής, στιβάδας αλλά διατήρηση των εξαρτημάτων του δέρματος)

3ου βαθμού: ολική νέκρωση του δέρματος

**Αύξηση της διαπερατότητας των τριχοειδών:** Οδηγεί σε δημιουργία οιδήματος, εξίδρωση και στάση ή απώλεια νερού, ηλεκτρολυτών και πρωτεϊνών.

**Εκτίμηση της έκτασης του εγκαύματος:** Η έκταση έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση. Το οίδημα και η εξίδρωση είναι ανάλογα της έκτασης του εγκαύματος και όχι του βάθους του. Η εκτίμηση αυτή είναι πολύ σημαντική για τα παιδιά στα οποία η σχέση όγκου/επιφάνειας είναι δυσμενής.



### **3. Shock και «ασθένεια των εγκαυμάτων»**

Στην εξέλιξη του εγκαύματος διακρίνουμε:

- φάση ερεθισμού
- πρωτογενές shock
- οίδημα και εξίδρωση
- δηλητηρίαση (δευτερογενές shock)
- λοίμωξη
- ίαση και αποκατάσταση

**α) Φάση ερεθισμού:** Ο ερεθισμός διαρκεί λίγο αλλά οι πόνοι είναι ανυπόφοροι (μορφίνη!).

**β) Πρωτογενές shock, δημιουργία οιδήματος, εξίδρωση:** Αγγειοδιαστολή, δημιουργία οιδημάτων και εξίδρωσης → υποογκαιμία → shock → ανουρία. Διαρκεί περίπου 48 ώρες. Το μισό από τις απώλειες δημιουργείται τις 6 πρώτες ώρες.

**γ) Δηλητηρίαση:** Η απορρόφηση των οιδημάτων μετά την 3η ή 4η ημέρα οδηγεί σε πολυουρία Στη συνέχεια, η απορρόφηση των τοξικών προϊόντων που προέρχονται από τις λιποπρωτεΐνες που καταστράφηκαν προκαλούν:

- πυρετό
- ναυτία
- διάρροιες
- έλκη στον πεπτικό σωλήνα
- σπασμούς
- απώλεια της συνείδησης
- οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ανουρία)
- ηπατική ανεπάρκεια
- βλάβες του μυελού των οστών
- καρδιακή ανεπάρκεια

**δ) Λοίμωξη:** Εμφανίζεται 7-10 ημέρες μετά το ατύχημα με μορφή σηψαιμίας ή προσβολής της λειτουργίας των ζωτικών οργάνων. Η συμπτωματολογία είναι όμοια με της φάσης της δηλητηρίασης.

**ε) Ταση και αποκατάσταση**

- εγκαύματα 1ου βαθμού και επιπολής εγκαύματα 2ου βαθμού αποκαθίστανται πλήρως σε 14-18 ημέρες· ενδεχόμενα καταλείπουν μελαγχρωματικές διαταραχές.
- βαθιά εγκαύματα 3ου βαθμού καταλείπουν δύσμορφες ουλές, χηλοειδή, ρικνώσεις.

**στ) Πρόγνωση:** Δυνατόν να επέλθει ο θάνατος κατά τη διάρκεια του πρωτογενούς shock, στη φάση της δηλητηρίασης και στη φάση της λοίμωξης. Ο κίνδυνος θανάτου αυξάνει όσο αυξάνει η έκταση του εγκαύματος. Όταν το έγκαυμα καταλαμβάνει κάτω από 10% της επιφάνειας του σώματος δεν υπάρχει κίνδυνος θανάτου, μεταξύ 10-30% υπάρχει κίνδυνος θανάτου για τα νεογνά και τα μικρά παιδιά και πάνω από 30% κίνδυνος θανάτου για όλες τις ηλικίες. Εγκαύματα με έκταση πάνω από 50% της συνολικής επιφάνειας του σώματος είναι πάντα θανατηφόρα αν δεν εφαρμοσθεί ειδική θεραπεία.

#### **4. Θεραπεία**

**Επείγουσα θεραπεία στον τόπο του ατυχήματος:** Πρόχειρη εκτίμηση της εγκαυματικής επιφάνειας. Εάν είναι μεγαλύτερη από 10% εισαγωγή στο νοσοκομείο. Κρυώνουμε με κρύο νερό τα ρούχα του ασθενή που έχουν βραχεί με ζεματιστό νερό ή αφαιρούμε τα βρεγμένα ρούχα για να μειωθεί η διάρκεια δράσης του θερμικού παράγοντα. Σ' άλλες περιπτώσεις τα ρούχα δεν αφαιρούνται (κίνδυνος μόλυνσης). Αντιμετωπίστε τον ασθενή με προσοχή. Όχι τοπική θεραπεία στον τόπο του ατυχήματος. Καταστολή των πόνων με: Πεθιδίνη 1 mg/kg ΒΣ ή μορφίνη 1 mg/χρόνο ηλικίας.

**Μεταφορά:** Γίνεται προσεκτικά με τον άρρωστο σε κατακεκλιμένη θέση και όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Πρέπει να αποφεύγεται η απώλεια θερμότητας (φύλλο αλουμινίου, κλπ.). Εάν η προβλεπόμενη μεταφορά πρόκειται να διαρκέσει πολύ, η αγωγή για το shock (πλάσμα, αίμα, κλπ.) πρέπει να αρχίζει πριν από τη μεταφορά.

**Προφύλαξη και θεραπεία του shock**

α) γλυκόζη 5%, NaCl 0,9%, NaHCO<sub>3</sub> 8,4%

β) PPL (= διάλυμα παστεριωμένων ανθρωπίνων πρωτεϊνών του Ελβετικού Ερυθρού Σταυρού)

γ) αίμα

Χορήγηση ικανοποιητικής ποσότητας υγρών για τη διατήρηση καλής διούρησης.

**Τοπική θεραπεία:** Μπορούν να χρησιμοποιηθούν με επιτυχία οι παρακάτω μέθοδοι:

α) ανοικτή θεραπεία: έκθεση στον αέρα χωρίς γάζες

β) πήξη: αφαίρεση των φλυκταινών και διαδοχική τοποθέτηση:

1. υδατικού διαλύματος merkurochrom 2%

2. νιτρικού αργύρου - AgNO<sub>3</sub> 10%!

γ) νιτρικός άργυρος 0,5% σε κομπρέσες (= απολύμανση αλλά όχι πήξη)

δ) αλοιφή Betadine

ε) πρόωρη αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών (εγκαύματος 3ου βαθμού) και άμεση μεταμόσχευση δέρματος

**Συμπληρωματική θεραπεία:** Σε περίπτωση κυκλικών εγκαυμάτων (θώρακας, άκρα) γίνονται ανακουφιστικές δερματικές διατομές για ν' αποφύγουμε κυκλοφορικές διαταραχές και ακολουθεί μεταμόσχευση δέρματος αργότερα.

**Αντιφλεγμονώδης θεραπεία:** Αντιβιοτικά, γ-σφαιρίνη, αντιτετανική προφύλαξη.

**Θεραπεία της τοξικής φάσης:** Σε εγκαύματα που ξεπερνούν το 50% της επιφάνειας του σώματος, μπορεί να είναι χρήσιμες μία ή περισσότερες αφαιμαξομεταγγίσεις και ενδεχόμενα η χορήγηση κορτικοστεροειδών.

## 2.2. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές

**1. Πόνος.** Ο πόνος είναι μια από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από το δέρμα, τους μυς, τους τένοντες, τα οστά, το περιτόναιο ή τα σπλάγχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα (τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών), γι' αυτό χορηγούμε, με ιατρική οδηγία, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12 - 36 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες. Όταν ο άρρωστος πονά, ο νοσηλευτής οφείλει:

**α.** Να εντοπίζει τον πόνο.

**β.** Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς.

**γ.** Να διαπιστώνει αν ακτινοβολεί και προς τα πού, αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύκτα.

**δ.** Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο.

Το αίσθημα του πόνου σε εγχειρήσεις της κοιλιάς και του θώρακα γίνεται ισχυρότερο με τον έμετο, το βήχα και τις αναπνευστικές κινήσεις. Εξάλλου, η υπολειμματική δράση των μέσων αναισθησίας εξαρτάται από το βαθμό διαλυτότητας τους στο αίμα, διήθησης τους στους ιστούς και απέκκρισης τους από τον οργανισμό.

Η αντίδραση του κάθε αρρώστου στον πόνο είναι διαφορετική και εξαρτάται από την προσωπικότητα του. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι

λιγότερο οξύς στους ηλικιωμένους από ό,τι στους μεσήλικες και στους νέους σε ηλικία αρρώστους.

Τα αναλγητικά για την αντιμετώπιση του πόνου δεν χορηγούνται, μέχρις ότου αναφέρει ο άρρωστος ότι αισθάνεται πόνο. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα, γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Οι εκκρίσεις κατακρατούνται στο βρογχικό δένδρο, με αποτέλεσμα ατελεκτασία και πνευμονία.

Αν και ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται συνήθως στην εγχείρηση, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να παραλείπει να εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο. Τέτοιοι παράγοντες είναι καρφίτσες ασφαλείας, σωλήνες παροχέτευσης, σφικτές επιδέσεις. Η μορφίνη πρέπει να αντικαθίσταται όσο πιο γρήγορα γίνεται με κωδεΐνη, ασπιρίνη κ.λ.π. Εξάλλου, χαμηλή και ασταθής αρτηριακή πίεση αποτελεί προειδοποίηση για χορήγηση της μορφίνης με επιφύλαξη, γιατί μπορεί να προκληθεί shock.

**2. Έμετος.** Μετεγχειρητικά, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμέτους. Αιτίες είναι η συλλογή υγρών στο στομάχι ή η λήψη από το στόμα υγρών ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περισταλσης του γαστρεντερικού σωλήνα.

Πριν από χρόνια, ο έμετος ήταν συνηθισμένη μετεγχειρητική δυσχέρεια. Σήμερα, η χρήση νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων έχουν ελαττώσει κατά πολύ την εμφάνιση του.

Αν η φύση της χειρουργικής επέμβασης είναι τέτοια που είναι αναπόφευκτος ο έμετος, προεγχειρητικά εφαρμόζεται στον άρρωστο ρινογαστρικός σωλήνας, που λειτουργεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης και μετά από αυτή.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμέτου. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι τα πιο πολλά από τα αντιεμετικά φάρμακα

(συνήθως τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης) προκαλούν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως υπόταση και αναπνευστική ανεπάρκεια. Αν η φαρμακευτική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη, προτιμώνται τα βαρβιτουρικά βραχείας δράσης.

Ο μετεγχειρητικός εμετός διακρίνεται:

- α.** Στον εμετό κατά την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού.
- β.** Στον εμετό που διαρκεί την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύκτα.
- γ.** Στον εμετό που συνεχίζεται.

Ο έμετος που εκδηλώνεται καθώς η δράση του αναισθητικού παρέρχεται σύντομα, απλά αδειάζει το στομάχι από βλέννα και σίελο. Η διάρκεια του κυμαίνεται από 2 - 8 ώρες. Δεν χρειάζεται ειδική αγωγή εκτός από πλύση στόματος.

Ο έμετος που παρατείνεται την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύκτα μπορεί να οφείλεται σε ένα από τα ακόλουθα αίτια:

- α.** Παρενέργειες από την αναισθησία.
- β.** Παράλυση της εντερικής λειτουργίας για περίοδο πιο μεγάλη από τη συνηθισμένη εξαιτίας σοβαρής βλάβης των κοιλιακών οργάνων κατά τη διάρκεια της εγχείρησης (άσηπτη περιτονίτιδα). Αντιμετωπίζεται με ρινογαστρική αναρρόφηση.
- γ.** Ευαισθησία σε φάρμακα (μορφίνη ή άλλο), οπότε και παρουσιάζεται μετά τη χορήγησή τους.

Ο έμετος που επιμένει επί 3 - 7 ημέρες οφείλεται σε ένα από τα ακόλουθα αίτια:

- α.** Εντερική απόφραξη
- β.** Οξεία διάταση του στομάχου
- γ.** Ουραιμία
- δ.** Αιμορραγία στις εγχειρήσεις στομάχου
- ε.** Περιτονίτιδα.

3. *Ανησυχία-δυσφορία.* Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι οι εξής:

- α. Βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος
- β. Επίσχεση ούρων
- γ. Μετεωρισμός και λόξυγκας
- δ. Αϋπνία.

Ο νοσηλευτής οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου, του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη και τον αυχένα, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα. Του δίνει ζεστό γάλα ή κακάο, αν αυτό τον βοηθά να κοιμηθεί.

4. *Δίψα.* Η δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Ακόμα, οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Στους αρρώστους που δεν υποβλήθηκαν σε εγχείρηση στο γαστρεντερικό σύστημα, χορηγούνται υγρά αμέσως μετά την παύση ναυτίας και την αποκατάσταση της περισταλσης του γαστρεντερικού σωλήνα.

Σε εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα απαγορεύεται η χορήγηση νερού επί 24 ώρες ή και περισσότερο. Τολύπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας βοηθούν στη διάλυση της βλέννας του στόματος. Ακόμα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μίγμα διαλύματος βορικού οξέος 4% και γλυκερίνης, σε αναλογία 1:1. Γάζα υγρή, που τοποθετείται στο στόμα, βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα. Η μάσηση σκληρών καραμελών, μαστίχας ή κεριού, προάγει την έκκριση του σιέλου και διατηρεί το στόμα υγρό.

5. *Διάταση του εντέρου.* Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περισταλση για 24-

48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο Εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός, ενώ ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί με ρινογαστρικό ή ρινοεντερικό σωλήνα.

**6. Διάταση κύστης.** Η κατακράτηση ούρων μπορεί να παρατηρηθεί μετά από κάθε επέμβαση, συχνότερα όμως εκδηλώνεται μετά από επεμβάσεις στο ορθό, τον πρωκτό ή τον κόλπο, σε κήλες και σε επεμβάσεις στο επιγάστριο. Οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα. Χρησιμοποιούνται όλα τα συντηρητικά μέτρα, αν όμως αποτύχουν καταφεύγουμε στον καθετηριασμό.

**7. Δυσκοιλιότητα.** Αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι:

- α.** Ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης
- β.** Τοπική φλεγμονή
- γ.** Περιτονίτιδα
- δ.** Τοπικό απόστημα.

Μπορεί όμως το άτομο να έχει χρόνια δυσκοιλιότητα, την οποία αντιμετωπίζει με λήψη υπακτικών στο σπίτι. Στον άρρωστο αυτόν, το συντομότερο δυνατό μετά την εγχείρηση πρέπει να επιτρέπεται η εφαρμογή των βοηθητικών μέτρων που χρησιμοποιούσε στο σπίτι.

Εξάλλου, μπορεί να βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος η έγκαιρη έγερση, το είδος της διαίτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλυσμοί.



## Μετεγχειρητικές επιπλοκές

1. Μετεγχειρητικά προβλήματα ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας.

α. Περίσσεια νερού (σύνδρομο αραίωσης ή τοξίκωση με νερό ή υπονατριαιμία). Η διαταραχή αυτή συμβαίνει συχνότερα την 1η ή 2η μετεγχειρητική ημέρα εξαιτίας της κατακράτησης νερού, που είναι απόκριση στο stress, όταν χορηγούνται στον άρρωστο μεγάλες ποσότητες διαλύματος 5% γλυκόζης σε απεσταγμένο νερό.

Συμπτώματα της διαταραχής είναι:

- Μεταβολές στη συμπεριφορά:
  - Σύγχυση
  - Ψευδαισθήσεις
  - Αδυναμία προσοχής
  - Παραλήρημα
  - Νυσταγμός
- Απότομη αύξηση βάρους του σώματος
- Υπέρπνοια
- Ψηλή ή φυσιολογική αρτηριακή πίεση
- Πλαστικότητα ιστών
- Νευρομυϊκές μεταβολές
  - Αδυναμία
  - Μικροί μυϊκοί σπασμοί
  - Ασυντονισμός
  - Σπασμοί
  - Ημιπληγία.

Ο νοσηλευτής θα υποπτευθεί το σύνδρομο, αν διαπιστώσει ότι υπάρχουν μερικά από αυτά τα συμπτώματα τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Οι υπερήλικες και τα μικρά παιδιά είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στα

σύνδρομα αυτά. Συνήθως, τα πρώτα συμπτώματα είναι μεταβολές στη συμπεριφορά.

Η πρόληψη της τοξίκωσης με νερό απαιτεί καθημερινή μέτρηση και εκτίμηση του βάρους του σώματος. Απότομη αύξηση του βάρους την άμεση μετεγχειρητική περίοδο αποτελεί ένδειξη για μείωση των χορηγούμενων υγρών. Ακόμα, γίνεται προσεκτική μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Η ελαφρά περίσσεια νερού διορθώνεται με μείωση του προσλαμβανόμενου νερού. Όμως, αν η κατάσταση δεν διορθωθεί, ο άρρωστος μπορεί να καταλήξει.

β. *Αναπνευστική οξέωση*. Κανονικά, το CO<sub>2</sub> αποβάλλεται από τους πνεύμονες κατά την εκπνοή. Αναπνευστική οξέωση (πρωτοπαθής αύξηση του ανθρακικού οξέος) συμβαίνει όταν οι πνεύμονες κατακρατούν διοξείδιο του άνθρακα. Αυτό γίνεται εξαιτίας ελάττωσης του βάθους των αναπνοών ή απόφραξης του αεραγωγού. Ο χειρουργημένος άρρωστος μπορεί να αναπτύξει αναπνευστική οξέωση εξαιτίας μιας ή μερικών από τις ακόλουθες αιτίες:

- Καταστολή της αναπνοής εξαιτίας της αναισθησίας
- Μείωση του ρυθμού ανταλλαγής των αερίων εξαιτίας ατελεκτασίας, πνευμονίας ή βρογχικής απόφραξης
- Καταστολή αναπνοής εξαιτίας χορήγησης μεγάλων δόσεων ναρκωτικών
- Επιπόλαια αναπνοή εξαιτίας κοιλιακής διάτασης και πόνου
- Εισπνοή μεγάλης ποσότητας CO<sub>2</sub> κατά την αναισθησία.

Η αλόγιστη χρήση του οξυγόνου μετεγχειρητικά αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης αναπνευστικής οξέωσης. Η κυάνωση, που είναι συνήθως το κύριο κριτήριο για ανίχνευση του ανεπαρκούς αερισμού, καταργείται από την οξυγονοθεραπεία, ενώ η αναπνευστική οξέωση

προχωρεί. Όταν ο άρρωστος χρειάζεται οξυγόνο, δίνεται πάντοτε με κάνουλα (ποτέ με τέντα).

Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της αναπνευστικής οξέωσης με ενθάρρυνση του αρρώστου να βήχει και να αναπνέει βαθιά σε κανονικά χρονικά διαστήματα εκτός αν υπάρχει αντένδειξη εξαιτίας του είδους της χειρουργικής επέμβασης. Ακόμα και όταν ο βήχας αποφεύγεται, όπως σε νευροχειρουργικές ή οφθαλμολογικές επεμβάσεις, ο άρρωστος ενθαρρύνεται να παίρνει βαθιές αναπνοές. Η χορήγηση ναρκωτικών απαιτεί μεγάλη προσοχή και νοσηλευτική κρίση, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους αρρώστους. Το γύρισμα του αρρώστου σε κανονικά χρονικά διαστήματα βοηθά στην πρόληψη πνευμονίας και ατελεκτασίας και, επομένως, αναπνευστικής οξέωσης.

γ. Άλλες διαταραχές

- *Γαστροπληγία* μπορεί να συμβεί μέσα στις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, προτού αποκατασταθεί η περίσταση του γαστρεντερικού σωλήνα. Μεγάλη ποσότητα υγρών και ηλεκτρολυτών παγιδεύεται στο στομάχι. Ο όγκος του εξωκυττάριου υγρού μειώνεται σημαντικά, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη συμπτωμάτων shock (δύσπνοια, κυάνωση, νηματοειδής σφυγμός και ψυχρά άκρα). Άλλα συμπτώματα της γαστροπληγίας είναι παλινδρόμηση του αιμόφυρτου υγρού, άκοπος έμετος και επιγαστρική δυσφορία. Ακόμα, μπορεί ο άρρωστος να εκδηλώσει συμπτώματα μεταβολικής αλκάλωσης (πρωτοπαθής αύξηση της διττανθρακικής ρίζας) εξαιτίας της συσσώρευσης και μη επαναρρόφησης των γαστρικών εκκρίσεων μέσα στο στομάχι.

Η θεραπεία περιλαμβάνει γαστρική αναρρόφηση, αναπλήρωση νερού και ηλεκτρολυτών και, σε μερικές περιπτώσεις, μετάγγιση

αίματος. Προλαβαίνεται με γαστρική αναρρόφηση, ώσπου να επανέλθει η περίσταληση.

- *Ειλεός*. Σε κάποιο βαθμό, ο ειλεός έχει την τάση να συμβαίνει σε όλους τους αρρώστους που υπέστησαν λαπαροτομία. Και εδώ παγιδεύονται μέσα στο έντερο μεγάλες ποσότητες υγρών του εντέρου, με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου του εξωκυττάριου υγρού και τη διαταραχή των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας. Η θεραπεία του συνίσταται στην αναρρόφηση του εντερικού υγρού. Σε καμιά περίπτωση δεν χρησιμοποιείται σκέτο νερό για πλύση του σωλήνα διασωληνωμένων αρρώστων. Ορισμένες διαταραχές έχουν σχέση με απώλειες ειδικών υγρών του οργανισμού. Η μεταβολική αλκάλωση με υποχλωραιμία, καθώς και η ένδεια καλίου, στους χειρουργικούς αρρώστους, είναι αποτέλεσμα εμέτων ή γαστρικής αναρρόφησης.

Η μεταβολική οξέωση, εξάλλου, μπορεί να είναι επακόλουθο μεγάλης απώλειας εντερικού υγρού, χολής και παγκρεατικού υγρού.

## 2. Μετεγχειρητικές επιπλοκές από το κυκλοφορικό

α. *Shock*. Αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παλιότερα, ήταν η κύρια αιτία μετεγχειρητικών θανάτων. Σήμερα, όμως, με την προεγχειρητική ρύθμιση υγρών και την ορθή αναπλήρωση αίματος, πλάσματος και υγρών κατά και μετά τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και με τη χρησιμοποίηση του κατάλληλου για κάθε άρρωστο αναισθητικού και τον περιορισμό του χειρουργικού τραύματος στο ελάχιστο, η επιπλοκή αυτή έχει μειωθεί ικανοποιητικά.

Το shock μπορεί να οριστεί ως η δυσαναλογία μεταξύ χωρητικότητας του κυκλοφορικού συστήματος και όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος. Η δυσαναλογία αυτή έχει ως αποτέλεσμα την

κυκλοφορική κατάπτωση. Είναι, δηλαδή, ένα σύνδρομο διαταραχής της μικροκυκλοφορίας των ιστών. Τα διάφορα συμπτώματα οφείλονται ακριβώς στην ιστική υποξία των διαφόρων οργάνων.

Το shock, ανάλογα με την αιτιολογία του, διαιρείται σε:

- Υπογκαιμικό (μείωση όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος), που προκαλείται από:
  - Απώλεια αίματος
  - Απώλεια πλάσματος (έγκαυμα, περιτονίτιδα, εντερική απόφραξη)
  - Απώλεια νερού (έμετοι, διάρροια, εφιδρώσεις).

Η βαρύτητα του υπογκαιμικού shock εξαρτάται από τον όγκο του υγρού που χάνεται και από την ταχύτητα απώλειάς του.

- *Καρδιογενές* (μείωση της απόδοσης της καρδιάς ως αντλίας)

Παρουσιάζεται σε:

- Έμφραγμα του μυοκαρδίου
  - Αρρυθμίες
  - Καρδιακό επιπωματισμό
  - Πνευμονική εμβολή.
- *Σηπτικό*. Οφείλεται σε τοξίνες μικροβίων, κυρίως Gram αρνητικών, (70%), αλλά και Gram θετικών, οι οποίες επιδρούν στο τοίχωμα των τριχοειδών, του οποίου αυξάνουν τη διαβατότητα.

---

**ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**  
**ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

***Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ  
ΣΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ***

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη, τέχνη και φιλοσοφία της φροντίδας.

Η νοσηλευτική, είναι η επιστήμη, που αντλεί αρχές και γνώσεις τις οποίες προσαρμόζει και συνθέτει σε ποικίλους και μοναδικούς συνδυασμούς, προκειμένου να αντιμετωπίσει κάθε συγκεκριμένη νοσηλευτική περίπτωση και που συνεχώς εξελίσσεται με τη βοήθεια της έρευνας και της εκπαίδευσης.

Σκοπός της εκτίμησης του χειρουργημένου παιδιού είναι η καθιέρωση μιας βάσης δεδομένων σε σχέση με τη σοβαρότητα της εγχείρησης, το επίπεδο υγείας, το ιστορικό του, τη φροντίδα και την αμεσότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που έχει ανάγκη. Το παιδί αντιμετωπίζει διαφορετικά το πρόβλημα της υγείας και ιδιαίτερα όσο αφορά, κάποια επέμβαση, από πλευράς βιολογικής, οργανικής αντιμετώπισης όσο και από ψυχολογικής.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη νοσηλευτική του 2000, σε χειρουργημένα παιδιά πρέπει να αποτελούνται από επιστημονικές και εξειδικευμένες γνώσεις με άμεση και σωστή εκτέλεση καταλλήλων νοσηλειών και το κυριότερο πρέπει να γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες, του παιδιού, τόσο από πλευράς νοσηλευτικών μεθόδων, τεχνικών, προγραμμάτων, άμεσων παρεμβάσεων, επιστημονικών θεωρήσεων και

εφαρμογών, για να αντιμετωπίσουν τη βιολογική ή οργανική ή σωματική φροντίδα του στο χειρουργείο όσο και να παρέχουν τη ψυχολογική υποστήριξη, ανακούφιση από το πόνο και το φόβο, σωστή ενημέρωση, προσφορά ελπίδας και αισιοδοξίας.

Το μέγεθος και οι διαστάσεις της σύγχρονης νοσηλευτικής σαν επιστήμη και τέχνη υγείας, υπηρετούν τον άνθρωπο από τη γέννηση του μέχρι το θάνατο σε όλες τις ηλικίες και σε όλα τα στάδια ανάπτυξης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή που μπαίνει στη σφαίρα της παιδιατρικής, έχει κάποιες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τις υπόλοιπες κλινικές που νοσηλεύονται ασθενείς άλλης ηλικίας.

Αυτό συμβαίνει γιατί ο νοσηλευτής που θα παραλάβει, ένα παιδί που έχει υποστεί μια χειρουργική επέμβαση, αντιμετωπίζει έξω από τις κλασικές μετεγχειρητικές νοσηλείες ή και τυχόν επιπλοκές που μπορεί να παρουσιάσει, άλλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αποτελούν, εντατική παρακολούθηση, παρατηρητικότητα, ευαισθησία, αγάπη, υπομονή, ακρόαση των παραπόνων του παιδιού και γενικά εξειδικευμένες γνώσεις γύρω από το παιδί, ώστε να έχει τη δυνατότητα να το πλησιάσει, να καταλάβει τις αντιδράσεις του και τις ανάγκες του, για να επέμβει έγκαιρα.

Το παιδί που χειρουργείται, λόγω της ηλικίας του, της άγνοιας του προβλήματος του και της σύγχυσης γενικά που επικρατεί, μη γνωρίζοντας και καταλαβαίνοντας τι του συμβαίνει, δεν μπορεί να συνειδητοποιήσει, τυχόν πρόβλημα ή επιπλοκή αν του παρουσιασθεί, για το λόγο αυτό, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για εντατική παρακολούθηση και παρατηρητικότητα της κατάστασής του παιδιού, πρέπει να είναι ικανός και έμπειρος να αξιολογεί κάθε μεταβολή που δείχνει η κατάσταση του μικρού παιδιού, και να προλαβαίνει κάθε ανάγκη του.

Πολλές φορές το κλάμα του παιδιού και γενικά η όλη του εικόνα, το χρώμα του, η ανησυχία του, η νωθρότητα του, η απομόνωσή του, είναι τα πρώτα συμπτώματα που οδηγούν ένα έμπειρο νοσηλευτή, να διακρίνει ή να προλάβει τις ανάγκες του παιδιού.

Η σχέση επίσης του παιδιού και του νοσηλευτή εδώ έχει μία ιδιαιτερότητα αρκετά σημαντική. Η θετική διαπροσωπική σχέση νοσηλευτού - παιδιού κατέχει σπουδαίο ρόλο, όσο αφορά τη γρήγορη ανάρρωσή του και αποκατάσταση της υγείας του. Πράγματι ο νοσηλευτής της παιδιατρικής, πρέπει να γνωρίζει αρκετά πράγματα γύρω από τη ψυχολογία του παιδιού και να εξελίσσεται συνεχώς, ώστε να καταφέρει να εμπνέει την εμπιστοσύνη του παιδιού, να ενθαρρύνει την αυτοέκφραση του παιδιού, να μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες του, όπως αγάπη, αναγνώριση και συμμετοχή. Ο νοσηλευτικός διάλογος και η ενημέρωση για την επέμβαση του, για το τι πρόκειται να του γίνει, τα οφέλη της επέμβασης αυτής, ο προσανατολισμός από το χειρουργείο και την μετεγχειρητική πορεία, τη πιθανή πολυήμερη, παραμονή στο κρεβάτι, το πιθανό περιορισμό δραστηριοτήτων του ή και την ακινησία του, την ατομική υγιεινή του βοηθάει ενεργητικά και υπεύθυνα στη σωστή εφαρμογή της θεραπείας.

Γνωρίζουμε όλοι, ότι το παιδί, έχει φύγει από το γνώριμο και ασφαλές περιβάλλον του σπιτιού του, από τα αγαπημένα πρόσωπα, τα προσωπικά του αντικείμενα, παιχνίδια, γενικά από ένα δικό του ζεστό χώρο. Η παρέμβαση εδώ του νοσηλευτή, είναι να προσπαθήσει να μεταφέρει αυτό στο χώρο του νοσοκομείου, να κάνει το χώρο της κλινικής ζεστό, φιλόξενο, παιδικό, με χαρούμενες παιδικές ζωγραφιές, με όλη τη κλινική ειδικά προσεγμένη, τον ιματισμό της κλινικής σε ζωντανά χαρούμενα χρώματα γεμάτα παιδικά σχήματα και γενικά μια εικόνα που να θυμίζει περισσότερο παιδικό σταθμό, παρά μια κρύα κλινική που θα επιδεινώσει την κατάσταση του παιδιού.



Το χειρουργημένο παιδί, ο νοσηλευτής φροντίζει να το παραλάβει σε θάλαμο ασφαλές από πλευράς ησυχίας, καθαριότητας, λοιμώξεων και συνήθως δίπλα σε άλλο χειρουργημένο παιδί που αναρρώνει, γιατί αυτή η συγκατοίκηση το βοηθάει ψυχολογικά. Επίσης δεν θα πρέπει να παραλείψουμε, την πιθανότητα με κάποια σοβαρή χειρουργική επέμβαση, οπότε το μικρό ασθενή θα πρέπει να τον νοσηλεύσουμε σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Εκεί η προσοχή του νοσηλευτή είναι μεγαλύτερη, πρέπει να ελέγχει συνεχώς τη στάγδην ροή των φαρμάκων, τη σύνδεση με τα μηχανήματα, τις επιδέσεις, για τυχόν αποσύνδεση του παιδιού από αυτά από κάποια σκόπιμη ή μη κίνηση του παιδιού και του δημιουργήσει πρόβλημα. Η επίβλεψή μας είναι πιο εντατική και φροντισμένη, όπως επίσης και η συμπεριφορά μας πιο τρυφερή, με υπομονή και κατανόηση, γιατί το παιδί το κατατρέχει περισσότερος εκνευρισμός και ανησυχία, λόγω του αγνώστου περιβάλλοντος της μονάδας. Επομένως, ο νοσηλευτής πρέπει είναι πολύ κοντά στο παιδί, να το παρακολουθεί εντατικά και να προλαβαίνει τις ανάγκες του.

### **ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ**

Τα παιδιά, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, χρειάζονται προετοιμασία για τις διαδικασίες. Με την κατάλληλη προετοιμασία, ο φόβος και η δυσχέρεια ελαχιστοποιούνται και το παιδί βοηθείται να ανταπεξέλθει σε μια δυνητικώς τραυματική εμπειρία. Παρ' όλα αυτά, οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν ότι οι αντιδράσεις του παιδιού επηρεάζονται έντονα από τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά του, όπως οι φυσικές και γνωστικές ικανότητες, τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των εμπειριών του παρελθόντος που έχουν σχέση με νοσοκομειακή περίθαλψη, διαδικασίες και προσωπικό υγείας και με την αντίληψη της κατάστασης.

Η γενική ιδιοσυγκρασία του παιδιού και τα συμπεριφορικά σχήματα (patterns) θα πρέπει να εκτιμηθούν, καθώς και η γενική κατάσταση του και ο βαθμός παλινδρόμησης που αυτό έχει βιώσει ως αποτέλεσμα της αρρώστιας του. Όλα αυτά τα σημεία λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας κατά τρόπο, που ταιριάζει καλύτερα στο παιδί.

### **Ψυχολογική προετοιμασία**

Οι αρχές που διέπουν την προετοιμασία για τις νοσοκομειακές διαδικασίες, όπως διαγνωστικές δοκιμασίες, θεραπείες, χειρουργείο και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, είναι όμοιες και περιλαμβάνουν:

- Καθορισμό των λεπτομερειών της διαδικασίας που εκτελείται.
- Ανασκόπηση του επιπέδου κατανόησης των γονέων και του παιδιού.
- Σχεδιασμό της πραγματικής διδασκαλίας, με βάση την αναπτυξιακή ηλικία και το επίπεδο γνώσεων του παιδιού.
- Συμμετοχή των γονέων στη διδασκαλία εάν το επιθυμούν και ειδικά εάν αυτοί σχεδιάζουν να συμμετάσχουν στη φροντίδα.
- Εξασφάλιση χρόνου για συζήτηση, ενώ γίνεται η προετοιμασία του παιδιού, για να αποφευχθεί υπερβολική πληροφόρηση και να εξασφαλισθεί επαρκής επανατροφοδότηση.

Ο ακριβής χρόνος προετοιμασίας για μια διαδικασία ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και το είδος της διαδικασίας. Δεν υπάρχουν ακριβείς οδηγές γραμμές που κατευθύνουν το χρόνο, αλλά γενικά όσο μικρότερο είναι το παιδί τόσο πιο κοντά προς τη διαδικασία θα πρέπει να είναι η εξήγηση που θα του δοθεί, για να αποφευχθεί υπερβολική φαντασίωση και ανησυχία.

Για τις πιο πολύπλοκες διαδικασίες ίσως χρειάζεται περισσότερος χρόνος για αφομοίωση των πληροφοριών, ειδικά για τα μεγαλύτερα

παιδιά. Π.χ. η ενημέρωση για την ένεση μπορεί να γίνει αμέσως πριν από τη διαδικασία για όλες τις ηλικίες, αλλά η προετοιμασία για το χειρουργείο μπορεί να αρχίσει την προηγούμενη ημέρα για τα μικρά παιδιά και λίγες ημέρες πριν για τα μεγαλύτερα παιδιά, αν και οι προτιμήσεις των μεγαλύτερων παιδιών πρέπει να εκμειούνται με τη συζήτηση.

**Εγκαθίδρυση εμπιστοσύνης και εξασφάλιση υποστήριξης.** Ο νοσηλευτής, που έχει διαθέσει αρκετό χρόνο στο παιδί και έχει δημιουργήσει θετική σχέση με αυτό, θα κερδίσει εύκολα τη συνεργασία του. Εάν η σχέση βασίζεται στην εμπιστοσύνη, το παιδί θα συνδέσει το νοσηλευτή με τις δραστηριότητες φροντίδας που του παρέχουν άνεση, ευχάριστη απασχόληση και διασκέδαση τον περισσότερο χρόνο και όχι με κάποιον που του προκαλεί δυσχέρεια και άγχος.

Εάν ο νοσηλευτής δεν γνωρίζει το παιδί, είναι καλύτερα να τον συστήσει σ' αυτό κάποιος άλλος νοσηλευτής, τον οποίο εμπιστεύεται το παιδί. Κατά την πρώτη επαφή με το παιδί πρέπει να αποφευχθεί οποιαδήποτε επώδυνη εμπειρία και το ιδανικό θα ήταν αρχικά να επικεντρωθεί η προσοχή του νοσηλευτή στο παιδί και κατόπιν να ακολουθήσει η επεξήγηση της διαδικασίας.

Τα παιδιά χρειάζονται υποστήριξη κατά τη διάρκεια των διαδικασιών· για τα μικρά παιδιά η καλύτερη πηγή υποστήριξης είναι οι γονείς. Ωστόσο, υπάρχει διαφωνία όσον αφορά στο ρόλο που οι γονείς θα πρέπει να αναλάβουν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας· οι νοσηλευτές χρειάζεται να λάβουν υπόψη τους τις θέσεις αυτές, προκειμένου να αποφασίσουν, εάν η παρουσία των γονέων θα είναι ωφέλιμη.

Οι προτιμήσεις των γονέων για συμμετοχή στη διαδικασία, απλή παρακολούθηση της διαδικασίας ή αναμονή έξω από το θάλαμο θα πρέπει να εκτιμηθούν. Οι γονείς που επιθυμούν να παραμείνουν κοντά στο παιδί τους κατά την εκτέλεση της διαδικασίας χρειάζονται

προετοιμασία για το τι θα συμβεί και για το πώς μπορούν να βοηθήσουν. Απλές οδηγίες, όπως διευκρίνιση του σημείου όπου οι γονείς μπορούν να στέκονται μέσα στο θάλαμο για να βλέπουν το παιδί τους, μειώνουν την ανησυχία τους. Οι γονείς που δεν επιθυμούν να είναι παρόντες ή να συμμετάσχουν, υποστηρίζονται στην απόφαση τους αυτή και ενθαρρύνονται να βρίσκονται κοντά στο θάλαμο, ώστε να μπορούν να παρηγορήσουν και να υποστηρίξουν το παιδί τους αμέσως μετά το πέρας της διαδικασίας.

**Παροχή εξηγήσεων.** Τα παιδιά χρειάζονται εξήγηση για καθετί που τα αφορά άμεσα. Πριν από την εκτέλεση μιας διαδικασίας, ο νοσηλευτής εξηγεί στο παιδί τι πρόκειται να γίνει και τι αναμένεται από αυτό. Η εξήγηση πρέπει να είναι σύντομη, απλή και κατάλληλη για το επίπεδο του παιδιού. Λεπτομερείς εξηγήσεις δεν είναι κατάλληλες και μπορεί να αυξήσουν το φόβο σε ένα μικρό παιδί. Αυτό ιδιαίτερα αληθεύει όσον αφορά στις επώδυνες διαδικασίες. Όταν εξηγείται η διαδικασία στους γονείς με το άρρωστο παιδί παρόν, ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί γλώσσα κατάλληλη για το παιδί, διότι άγνωστες λέξεις μπορεί να παρερμηνευθούν. Εάν οι γονείς χρειάζονται πρόσθετη προετοιμασία, αυτό γίνεται σε χώρο μακριά από το παιδί.

Η διδασκαλία γίνεται σε χρόνο που η μάθηση του παιδιού βοηθείται και ενισχύεται, π.χ. μετά από περίοδο ανάπαυσης.

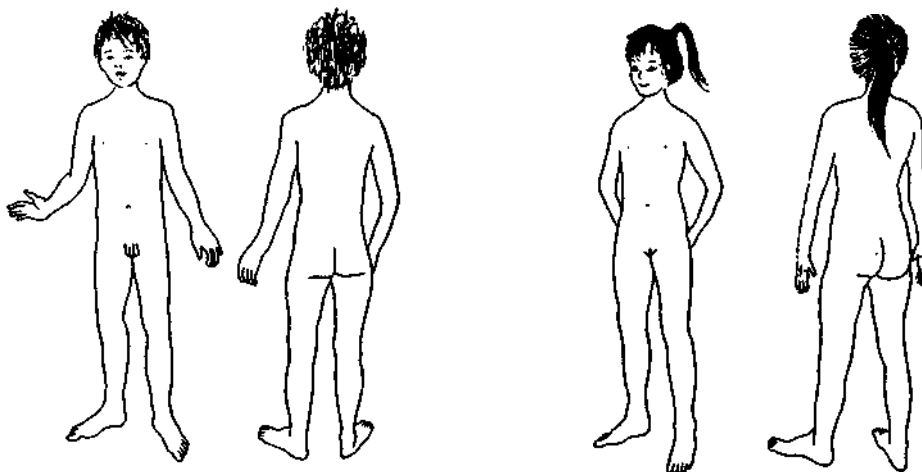
Ειδικά αντικείμενα δεν χρειάζονται για την προετοιμασία του παιδιού, αλλά για μικρά παιδιά που δεν μπορούν να αντιληφθούν τις έννοιες, η χρήση αντικειμένων ως συμπλήρωμα της προφορικής εξήγησης είναι σημαντική. Αφήνοντας τα παιδιά να χειρισθούν τα πραγματικά αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν για τη φροντίδα τους, όπως στηθοσκόπιο, σφυγμομανόμετρο ή μάσκα οξυγόνου, εξοικειώνονται με αυτά και μειώνεται η απειλή που συχνά συνδέεται με τη χρήση τους. Αντικείμενα-μινιατούρες, όπως συσκευές ορού, μάσκες

κ.λ.π., αντί των πραγματικών αντικειμένων του νοσοκομείου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εξηγηθεί στα παιδιά τι πρέπει να περιμένουν και να επιτραπεί σ' αυτά να βιώσουν ακίνδυνα καταστάσεις άγνωστες και δυνητικώς τρομακτικές.

Εικονογραφημένο υλικό, που επίσης υπάρχει στο εμπόριο, μπορεί να βοηθήσει στην προετοιμασία του παιδιού.

Μολονότι οι λέξεις που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν μια διαδικασία ποικίλλουν για τα παιδιά κάθε ηλικιακής ομάδας και για κάθε γεγονός, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει υπόψη του τα ακόλουθα:

- Χρήση συγκεκριμένων -όχι αφηρημένων- όρων και οπτικών μέσων, για την περιγραφή της διαδικασίας. Π.χ. σκίτσου αγοριού ή κοριτσιού με απλές γραμμές (εικόνα 1.1) και σημείωση των σημείων του σώματος που θα περιληφθούν στη διαδικασία.



**Εικόνα 1.1** Σκίτσα αγοριού και κοριτσιού για την προετοιμασία του άρρωστου παιδιού για τις διαδικασίες.

- Να τονίσει ότι κανένα άλλο σημείο του σώματος δεν θα συμπεριληφθεί.
- Χρήση κατάλληλων λέξεων, ανάλογα με το επίπεδο του παιδιού.
- Αποφυγή λέξεων/φράσεων με διπλή έννοια.
- Διευκρίνιση όλων των άγνωστων λέξεων, όπως: «Αναισθησία είναι ένας ειδικός ύπνος».
- Παρότρυνση του παιδιού να ασκηθεί στις διαδικασίες, στις οποίες απαιτείται η συμμετοχή του, όπως γύρισμα, βήχας, βαθιά αναπνοή, χρήση μάσκας, αναπνοή σε αναπνευστήρα IPPB.
- Εξηγούνται άλλα στάδια της διαδικασίας -Τι θα αισθανθεί το παιδί, τι θα δει, θα μυρίσει και θα αγγίξει και τι μπορεί να κάνει κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Π.χ. να παραμείνει ακίνητο, να μετράει δυνατά, να σφίγγει το χέρι ή να κρατάει μια κούκλα.
- Εάν κάποιο μέρος του σώματος συνδέεται με μια ειδική λειτουργία, τονίζεται η μεταβολή ή ο επηρεασμός αυτής της ικανότητας ή λειτουργίας, π.χ. μετά την αμυγδαλεκτομή το παιδί θα μπορεί να μιλάει όπως και πριν.
- Πληροφορίες που αυξάνουν το άγχος αναφέρονται τελευταίες, όπως η ένεση για προνάρκωση.
- Ότι πρέπει να είναι ειλικρινής και τίμιος με το παιδί όσον αφορά τις δυσάρεστες απόψεις της διαδικασίας, αλλά να αποφεύγει να δημιουργεί αδικαιολόγητη ανησυχία. Όταν αναφέρει ότι η διαδικασία μπορεί να προκαλέσει κάποια δυσχέρεια, να τονίζει ότι κάθε άτομο βιώνει διαφορετικά τη δυσχέρεια και ότι μπορεί το ίδιο να αναφέρει ή να περιγράφει πώς νιώθει.
- Τονίζεται το τέλος της διαδικασίας και κάθε ευχάριστου γεγονότος που θα ακολουθήσει, όπως ότι θα πάει στο σπίτι, θα δει τους γονείς του. Τονίζονται οι ωφέλειες από τη διαδικασία, π.χ. «Μετά την αφαίρεση των αμυγδαλών, δεν θα έχεις συχνά πονόλαιμους».

### **Εκτέλεση της διαδικασίας**

Η υποστηρικτική φροντίδα συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια της διαδικασίας και συντελεί, ώστε το παιδί να είναι συνεργάσιμο και να ελέγχει την κατάσταση του. Ιδανικά, ο ίδιος νοσηλευτής που εξηγεί τη διαδικασία, θα πρέπει και να την εκτελεί ή να βοηθάει. Πριν από την έναρξη, όλα τα αντικείμενα συγκεντρώνονται και το δωμάτιο ετοιμάζεται, ώστε να αποφευχθούν μη απαραίτητες καθυστερήσεις και διακοπές που συντελούν μόνο στην αύξηση του άγχους και του φόβου του παιδιού. Εάν είναι δυνατόν, οι διαδικασίες να εκτελούνται σε ειδικό δωμάτιο θεραπείας και όχι στο θάλαμο του παιδιού ούτε στο χώρο της παιγνιοθεραπείας. Εάν η διαδικασία είναι μακρόχρονη, πρέπει να αποφεύγονται συζητήσεις που μπορεί να παρερμηνευθούν από το παιδί. Όταν η διαδικασία πλησιάζει προς το τέλος, ο νοσηλευτής πρέπει να πληροφορεί το παιδί ότι σχεδόν τελείωσε.

**Προσδοκία επιτυχίας.** Οι νοσηλευτές που πλησιάζουν τα παιδιά με εμπιστοσύνη και μεταφέρουν την εντύπωση ότι περιμένουν να είναι επιτυχής η διαδικασία είναι λιγότερο πιθανό να αντιμετωπίσουν δυσκολία. Είναι επίσης προτιμότερο να πλησιάζεται το παιδί σαν να αναμένεται από αυτό να συνεργασθεί. Τα παιδιά νιώθουν το άγχος των άλλων και αποκρίνονται στην αισθητή απειλή με χτυπήματα ή με έντονη αντίδραση. Αν και δεν είναι δυνατόν να αποφευχθεί τέτοια συμπεριφορά από κάθε παιδί, η σταθερή προσέγγιση με θετική στάση από μέρους του νοσηλευτή έχει την τάση να μεταφέρει ένα αίσθημα ασφάλειας στα περισσότερα παιδιά.

**Συμμετοχή του παιδιού.** Γενικά, η συμμετοχή του παιδιού βοηθάει να κερδηθεί η συνεργασία του. Επιτρέποντάς του να κάνει τις δικές του επιλογές, του παρέχεται κάποιο μέρος ελέγχου. Ωστόσο, επιλογή επιτρέπεται μόνο σε καταστάσεις που προσφέρονται· το να πεις στο παιδί «Θέλεις να πάρεις το φάρμακο σου τώρα;» ή «Πρόκειται να

σου κάνω μια ένεση τώρα, εντάξει;» κάνει το παιδί να πιστεύει ότι υπάρχει κάποια δυνατότητα επιλογής και ότι μπορεί να αρνηθεί ή να καθυστερήσει να πάρει το φάρμακο του, «νόμιμα».

Αυτό φέρνει το νοσηλευτή σε άχαρη θέση. Είναι προτιμότερο να απαντηθεί σταθερά: «Είναι ώρα να πάρεις το φάρμακο σου τώρα». Στα παιδιά συνήθως αρέσει να έχουν δυνατότητα επιλογής, αλλά η κατάσταση πρέπει να είναι τέτοια που να μπορούν αυτά πράγματι να την έχουν, π.χ. «Είναι ώρα να πάρεις το φάρμακο σου. Θέλεις να το πάρεις σκέτο ή με λίγο νερό;»

Πολλά παιδιά αποκρίνονται στις τακτικές που απευθύνονται στην ωριμότητα τους ή στο θάρρος τους. Αυτό επίσης δίνει σ' αυτά ένα αίσθημα συμμετοχής και επιτυχίας. Π.χ. τα παιδιά προσχολικής ηλικίας νιώθουν περήφανα, όταν κρατούν το επιδεσμικό υλικό κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ή αφαιρούν το λευκοπλάστη. Το ίδιο συμβαίνει και με το παιδί σχολικής ηλικίας, το οποίο συνεργάζεται με ελάχιστη αντίσταση.

**Απόσπαση της προσοχής.** Όταν το παιδί είναι απασχολημένο με κάποια δραστηριότητα που το ενδιαφέρει, είναι λιγότερο πιθανό να συγκεντρωθεί στη διαδικασία. Π.χ. όταν του γίνεται ένεση, είναι πολύ χρήσιμο να του επιτραπεί να κάνει κάτι ή να του δοθεί κάτι, πάνω στο οποίο θα εστιάσει την προσοχή του. Π.χ. αν το παιδί στρέψει τα δάκτυλα του προς τα μέσα και τα κουνήσει, χαλαρώνει τους γλουτιαίους μυς, αλλά και διασκεδάζει. Άλλες στρατηγικές για απόσπαση της προσοχής είναι να πούμε στο παιδί να σφίγγει δυνατά τα χέρια του γονιού του ή να μετράει δυνατά, να τραγουδάει αγαπητά του τραγούδια, όπως ένα νανούρισμα, ή να εκφράζει λεκτικά τη δυσφορία του. Άλλες παρεμβάσεις που μπορούν να ελαχιστοποιήσουν τη δυσφορία είναι: χαλάρωση, παρότρυνση του παιδιού να σκέπτεται κάτι ευχάριστο, δερματικός ερεθισμός (ρυθμικό τρίψιμο, ηλεκτρικός δονητής κ.λ.π.).



**Έκφραση αισθημάτων.** Το παιδί αφήνεται να εκφράσει αισθήματα θυμού, άγχους, φόβου, απογοήτευσης ή οποιοδήποτε άλλο συναίσθημα. Είναι φυσιολογικό για τα παιδιά που αισθάνονται απογοήτευση να χτυπούν ή να προσπαθούν να αποφύγουν καταστάσεις που δημιουργούν άγχος. Το παιδί χρειάζεται να γνωρίζει ότι είναι σωστό να κλάψει. Οποιαδήποτε και αν είναι η απόκριση του, είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να αποδεχθεί τη συμπεριφορά του. Λέγοντας σε ένα παιδί με περιορισμένη λεκτική επικοινωνία, όπως ένα παιδί που μόλις άρχισε να μιλάει, να σταματήσει να κλωτσάει, να δαγκώνει ή όπως αλλιώς εκφράζει την απογοήτευση του, του μεταβιβάζει το αίσθημα ότι δεν έγινε κατανοητό. Η συμπεριφορά είναι το κυριότερο μέσο επικοινωνίας και θα πρέπει να επιτρέπονται τέτοιες εκδηλώσεις, εκτός αν προκαλείται βλάβη στο ίδιο το παιδί ή σ' αυτούς που το φροντίζουν.

### **Υποστήριξη μετά τη διαδικασία**

Μετά τη διαδικασία καθησυχάζουμε το παιδί, λέγοντας του ότι τα πήγε πολύ καλά και ότι είναι αποδεκτό και αγαπητό. Εάν οι γονείς δεν συμμετέσχαν, το παιδί ξανασμίγει με τους γονείς του το γρηγορότερο δυνατό, ώστε αυτοί να το ανακουφίσουν.

**Ενθάρρυνση για έκφραση αισθημάτων.** Μερικές σχεδιασμένες δραστηριότητες μετά τη διαδικασία είναι χρήσιμες για να ενθαρρυνθεί έκφραση των αισθημάτων κατά τρόπο εποικοδομητικό. Στα βρέφη και τα μικρά παιδιά δίνεται ευκαιρία για αδρή κινητικότητα. Ακόμα και τα μεγαλύτερα παιδιά είναι ικανά να δώσουν διέξοδο στο θυμό και την απογοήτευση τους με δραστηριότητες αποδεκτές, όπως να πετάξουν κάποιο αντικείμενο ή να χτυπούν κάτι δυνατά. Το παιχνίδι παρέχει διέξοδο για το θυμό και βάζει το παιδί σε μια θέση ελέγχου, σε αντίθεση προς τη θέση του αβοήθητου, στην οποία αυτό βρίσκεται στην πραγματικότητα. Μια από τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι το

θεραπευτικό παιχνίδι· π.χ. το παιδί αφήνεται να κάνει «ένεση» σε μια κούκλα, για να μειώσει το άγχος για την ένεση.

**Επιβράβευση του παιδιού.** Το παιδί έχει ανάγκη να ακούει από τους άλλους ότι τα πήγε καλά στη διαδικασία, ανεξάρτητα από το πώς συμπεριφέρθηκε. Είναι πολύ σημαντικό για το παιδί να γνωρίζει ότι δεν κρίνεται με βάση τη συμπεριφορά του σε μια αγχογόνο κατάσταση. Τρόποι ανταμοιβής, όπως η επιβράβευση με αυτοκόλλητα ή αστερίσκους σαν απόδειξη της επιτυχίας του, συχνά αποδεικνύονται χρήσιμοι. Τα παιδιά που χρειάζεται να παίρνουν φάρμακα με δυσάρεστη γεύση ή να κάνουν ενέσεις για κάποιο χρόνο μπορούν να βλέπουν με περηφάνια τις σειρές των αστερίσκων ή των αυτοκόλλητων, ιδιαίτερα όταν αυτά αντιπροσωπεύουν μια ειδική ανταμοιβή.

Επιστρέφοντας κοντά στο παιδί λίγο μετά τη διαδικασία, ο νοσηλευτής ενισχύει μια υποστηρικτική σχέση, διότι το παιδί βλέπει το νοσηλευτή σαν κάποιον που δεν έχει σχέση μόνο με αγχογόνες καταστάσεις, αλλά σαν κάποιον με τον οποίο μπορεί επίσης να μοιρασθεί και ευχάριστες εμπειρίες.

### **Ο ρόλος του παιχνιδιού στις διαδικασίες**

Πολλά ιδρύματα έχουν πολύ καλά οργανωμένους και εξοπλισμένους χώρους για παιχνίδι και προγράμματα υπό τη διεύθυνση ειδικών παιδοψυχολόγων, ενώ άλλα παρέχουν περιορισμένες ευκολίες. Ανεξάρτητα όμως από το τι παρέχει κάθε ίδρυμα για τα παιδιά, οι νοσηλευτές πρέπει να περιλαμβάνουν το παιχνίδι στη νοσηλευτική φροντίδα. Το παιχνίδι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο διδασκαλίας, έκφρασης των αισθημάτων, μάθησης του γύρω κόσμου, απασχόλησης του παιδιού με ειδικές ανάγκες (π.χ. σε έλξη)· ακόμα, ως μέθοδος επικοινωνίας ή ως μέθοδος για την επιτυχία κάποιου θεραπευτικού σκοπού. Συνεπώς, πρέπει να περιλαμβάνεται στην προετοιμασία των

παιδιών για μια διαδικασία και στην ενθάρρυνση τους για συνεργασία κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.

### **ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Η χορήγηση φαρμάκων στα παιδιά προκαλεί μεγάλο αριθμό προβλημάτων που δεν συναντιούνται, όταν χορηγούνται τα ίδια φάρμακα σε ενήλικους αρρώστους. Τα παιδιά διαφέρουν πολύ σε ηλικία, βάρος, επιφάνεια σώματος και ικανότητα απορρόφησης, μεταβολισμού και απέκκρισης των φαρμάκων. Οι νοσηλευτές πρέπει ιδιαίτερα να επαγρυπνούν, όταν υπολογίζουν και χορηγούν φάρμακα σε βρέφη και παιδιά.

#### **Τι πρέπει να γνωρίζει ο νοσηλευτής, όταν χορηγεί φάρμακα σε παιδιά**

- Η μεταχείριση πρέπει να δείχνει στο παιδί ότι ο νοσηλευτής περιμένει από αυτό να πάρει οπωσδήποτε το φάρμακο του. Συχνά, ο τρόπος αυτός πείθει το παιδί για την αναγκαιότητα της διαδικασίας. Η θετική σχέση με το παιδί του επιτρέπει να εκφράζει τα αισθήματα του, τις ανησυχίες του και τις φαντασιώσεις του σχετικά με τα φάρμακα.
- Η εξήγηση για το φάρμακο πρέπει να είναι ανάλογη με την ικανότητα κατανόησης του παιδιού (π.χ. χρώμα, σύγκριση με κάτι οικείο).
- Να κρύβει τα δικά του αισθήματα σχετικά με τα φάρμακα.
- Να λέγεται πάντοτε η αλήθεια στο παιδί, όταν αυτό ρωτά: «Έχει άσχημη γεύση;» ή «Θα πονέσω;». Οι απαντήσεις πρέπει να είναι: «Το φάρμακο δεν έχει ευχάριστη γεύση, αλλά θα σου δώσω να πιεις χυμό, μόλις το καταπιείς» ή «Θα πονέσεις για ένα λεπτό, όπως όταν σε τσιμπά ένα κουνούπι».
- Συχνά, χρειάζεται να αναμειχθεί ένα δυσάρεστο φάρμακο ή θρυμματισμένα χάπια με μικρή ποσότητα πορτοκαλάδας, χυμού

μήλου ή μελιού, για να διευκολυνθεί η λήψη του φαρμάκου από το παιδί.

- Να μην απειλεί το παιδί με ένεση, εάν αρνείται να πάρει το φάρμακο του από το στόμα.
- Τα φάρμακα δεν πρέπει να αναμειγνύονται με μεγάλες ποσότητες τροφής ή με τροφές που το παιδί παίρνει καθημερινά (π.χ. με γάλα).
- Τα φάρμακα δεν πρέπει να χορηγούνται ώρες φαγητού, εκτός αν υπάρχει τέτοια εντολή.
- Να γνωρίζει για κάθε φάρμακο που χορηγεί: κοινές χρήσεις και δόσεις, αντενδείξεις, ανεπιθύμητες ενέργειες και τοξικές ενέργειες.
- Όταν ετοιμάζει ενδομυϊκή ένεση, να αναρροφά 0,2 ml αέρα μετά τη λήψη της ακριβούς δόσης του διαλύματος στη σύριγγα. Με τον τρόπο αυτόν χορηγείται όλο το φάρμακο από τη βελόνα κατά την έγχυση και εμποδίζεται η διαρροή και η εναπόθεση του φαρμάκου στον υποδόριο ιστό κατά την αφαίρεση της βελόνας.
- Ο έλεγχος της δόσης, εάν υπάρχει κάποια αμφιβολία για την ακρίβεια της, είναι πολύτιμη συνήθεια που πρέπει να αποκτηθεί. Όταν παραγγέλλεται δόση διαφορετική από τη συνηθισμένη ή υπάρχει κάποια αμφιβολία σχετικά με τη διάλυση ή την οδό χορήγησης, ο νοσηλευτής πρέπει πάντοτε να συνεννοείται με το γιατρό, πριν προχωρήσει στη χορήγηση του φαρμάκου, διότι αυτός είναι νομικώς υπεύθυνος για κάθε χορηγούμενο φάρμακο.
- Ακόμα και αν έχει υπολογισθεί η ακριβής δόση για συγκεκριμένο παιδί, υπάρχουν ορισμένα φάρμακα που είναι δυνητικώς επικίνδυνα ή θανατηφόρα. Οι περισσότερες νοσηλευτικές μονάδες έχουν κανονισμούς, που απαιτούν να διπλοελέγχονται τα παραγγελλόμενα φάρμακα και από άλλον

νοσηλευτή, πριν χορηγηθούν στα παιδιά. Ανάμεσα στα φάρμακα που χρειάζονται τέτοια μέτρα ασφαλείας είναι η διγοξίνη (digoxin), η ηπαρίνη και η ινσουλίνη. Άλλα φάρμακα που συχνά συμπεριλαμβάνονται είναι η επινεφρίνη, τα ναρκωτικά και τα ηρεμιστικά. Ακόμα και αν τα προφυλακτικά μέτρα δεν είναι υποχρεωτικά, ο νοσηλευτής είναι φρόνιμο να τα παίρνει για τη δική του ασφάλεια.

- Οι γονείς είναι πολύτιμες πηγές πληροφοριών, όσον αφορά στο παιδί και τις αντιδράσεις του. Σχεδόν όλοι οι γονείς έχουν δώσει κάποιο είδος φαρμάκου στο παιδί τους και μπορούν να περιγράψουν πώς το κατάφεραν επίσης, μπορούν να δώσουν πληροφορίες σχετικά με την αντίδραση του παιδιού σε παρόμοιες εμπειρίες, εάν το παιδί είχε εισαχθεί σε νοσοκομείο στο παρελθόν.
- Σε μερικές περιπτώσεις είναι λιγότερο τραυματικό για το παιδί να παίρνει το φάρμακο από τους γονείς του, με την προϋπόθεση ότι ο νοσηλευτής θα ετοιμάζει το φάρμακο και θα επιβλέπει τη χορήγηση και την πρακτική, που πρέπει να συμφωνεί με την πολιτική του νοσοκομείου ή του τμήματος.

### **Υπολογισμός της δόσης του φαρμάκου**

Ευθύνη του γιατρού είναι να παραγγέλλει τα φάρμακα και τις σωστές δόσεις, για να επιτευχθεί το ποθούμενο αποτέλεσμα, χωρίς να διακινδυνεύσει η υγεία του παιδιού. Ωστόσο, οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τις ασφαλείς δόσεις των φαρμάκων που χορηγούν στα παιδιά, καθώς και την αναμενόμενη δράση, πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και τα σημεία τοξικότητας. Αντίθετα με τα φάρμακα των ενηλίκων, δεν υπάρχουν τυποποιημένες δοσολογίες για τις παιδιατρικές ηλικιακές ομάδες.

Παράγοντες που έχουν σχέση με την αύξηση και την ωριμότητα τροποποιούν σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να μεταβολίζει και να αποβάλλει τα φάρμακα, ενώ ανεπάρκειες που συνδέονται με την ανωριμότητα γίνονται περισσότερο σημαντικές στις μικρές ηλικίες. Ανωριμότητα ή ανωμαλίες σε κάποια ή σε όλες τις σημαντικές διαδικασίες απορρόφησης, διανομής, βιομετασχηματισμού ή απέκκρισης μπορεί σημαντικά να τροποποιήσει τα αποτελέσματα του φαρμάκου. Νεογέννητα και πρόωρα νεογνά με ανώριμα ηπατικά ενζυμικά συστήματα (τα περισσότερα φάρμακα μεταβολίζονται και αδρανοποιούνται στο ήπαρ), με χαμηλά επίπεδα λευκωμάτων πλάσματος για δέσμευση φαρμάκων και με λειτουργικώς ανώριμους νεφρούς (από όπου τα περισσότερα φάρμακα απεκκρίνονται) είναι ιδιαίτερος ευαίσθητα στις επιβλαβείς επιδράσεις των φαρμάκων. Πολλά φάρμακα μεταβολίζονται πιο γρήγορα από το ήπαρ, πράγμα που δημιουργεί την ανάγκη για πιο συχνή χορήγηση. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τον έλεγχο του πυρετού, οπότε το διάστημα ανάμεσα στα χορηγούμενα αναλγητικά-αντιπυρετικά μπορεί να χρειασθεί να μειωθεί.

Άλλος παράγοντας που δημιουργεί προβλήματα στις δόσεις των φαρμάκων στα παιδιά είναι η δυσκολία αξιολόγησης της απόκρισης στο φάρμακο. Π.χ., πώς εκτιμάται σε ένα παιδί που δεν μιλάει μια τοξική εκδήλωση, όπως το κουδούνισμα των αυτιών; Σε καταστάσεις αρρώστιας, κυρίως στα παιδιά, τόσο οι απώλειες νερού όσο και οι ανάγκες σε νερό αυξάνονται, ενώ η πρόσληψη υγρών μειώνεται. Εφόσον νερό χρειάζεται για την απέκκριση του φαρμάκου, η αφυδάτωση δημιουργεί τον κίνδυνο τοξικής συγκέντρωσης: π.χ. η ασπιρίνη που συχνά παραγγέλλεται για τον πυρετό απεκκρίνεται από τους νεφρούς και η απέκκριση της μειώνεται με τη μείωση του pH των ούρων και τη νεφρική αιματική ροή, δύο καταστάσεων που συνδέονται με τον πυρετό.

Έχουν επινοηθεί διάφοροι τύποι που περιλαμβάνουν ηλικία, βάρος και επιφάνεια σώματος ως βάση για τον υπολογισμό της παιδιατρικής δόσης από τη συνήθη δόση του ενηλίκου. Εφόσον η χορήγηση των φαρμάκων είναι νοσηλευτική ευθύνη, οι νοσηλευτές χρειάζεται όχι μόνο να γνωρίζουν τη δράση του φαρμάκου και τις αντιδράσεις του αρρώστου, αλλά και κάποιους τρόπους υπολογισμού ασφαλών δόσεων για τα παιδιά.

Η μέθοδος που πιο συχνά χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό της δόσης στα παιδιά βασίζεται στην επιφάνεια του σώματος. Η επιφάνεια του σώματος υπολογίζεται από το ύψος και το βάρος του παιδιού· κατόπιν, η πληροφορία αυτή εφαρμόζεται στον τύπο για τον υπολογισμό της δόσης, όπως στους παρακάτω τύπους:

$$1. \frac{\text{Σωματική επιφάνεια παιδιού σε } m^2}{\text{Σωματική επιφάνεια ενηλίκου σε } m^2} \times \text{Δόση ενηλίκου} = \text{δόση παιδιού}$$

$$2. \text{Σωματική επιφάνεια παιδιού (} m^2 \text{)} \times \text{Δόση}/m^2 = \text{δόση παιδιού}$$

### **Αναγνώριση της ταυτότητας του παιδιού**

Πριν από τη χορήγηση κάθε φαρμάκου, πρέπει να επιβεβαιώνεται η ταυτότητα του παιδιού, διότι τα παιδιά δεν είναι πάντοτε αξιόπιστα και δεν δίνουν σωστά τα ονόματα τους, όταν ερωτώνται. Το βρέφος δεν μπορεί να δώσει το όνομα του, το παιδί που περπατάει ή το παιδί προσχολικής ηλικίας μπορεί να δέχεται κάθε όνομα και το παιδί σχολικής ηλικίας μπορεί να απορρίπτει την ταυτότητα του, στην προσπάθεια του να αποφύγει να πάρει το φάρμακο. Οι γονείς πρέπει να είναι παρόντες, για να αναγνωρίσουν το παιδί τους, αλλά η μόνη ασφαλής μέθοδος για αναγνώριση της ταυτότητας των παιδιών είναι ο έλεγχος της νοσοκομειακής ταυτότητας, που κάθε παιδί φέρει, με το δελτίο φαρμάκων.

### Διδασκαλία γονέων και φροντίδα στο σπίτι

Συνήθως, ο νοσηλευτής είναι εκείνος που αναλαμβάνει την ευθύνη να διδάξει την οικογένεια για τη χορήγηση των φαρμάκων στο σπίτι. Η οικογένεια πρέπει να καταλάβει, γιατί το παιδί παίρνει το φάρμακο και ποια αποτελέσματα αναμένονται, καθώς και την ποσότητα, τη συχνότητα και το χρόνο χορήγησης του φαρμάκου. Οι οδηγίες πρέπει να δίνονται με ήρεμο τρόπο, προτιμότερο σε χώρο μακριά από το γεμάτο δραστηριότητες τμήμα.

Το άτομο που αναλαμβάνει τη φροντίδα του παιδιού στο σπίτι διδάσκεται τα σχετικά με τον υπολογισμό της σωστής δόσης και είναι ευθύνη του νοσηλευτή να προετοιμάσει τους γονείς για αυτό το ειδικό έργο. Μερικά άτομα έχουν δυσκολία στην κατανόηση ή στην ερμηνεία της ορολογίας του φαρμάκου. Είναι πολύ σημαντικό να επιβεβαιωθεί η ερμηνεία τους για το κουταλάκι του τσαγιού· π.χ. να βεβαιωθεί ο νοσηλευτής ότι αυτοί έχουν αποδεκτά μέσα για τη μέτρηση του φαρμάκου. Εάν το φάρμακο είναι συσκευασμένο με σταγονόμετρο, σύριγγα ή πλαστικό ποτηράκι, ο νοσηλευτής πρέπει να δείξει επάνω στη μεζούρα το σημείο που δείχνει τη δόση και να επιδείξει πώς η δόση αναρροφάται μέσα στο σταγονόμετρο ή τη σύριγγα και μετρείται και πώς εξαλείφονται οι φυσαλίδες. Εάν ο νοσηλευτής έχει κάποιες αμφιβολίες για την ικανότητα του να χορηγήσει τη σωστή δόση, ο πατέρας ή η μητέρα πρέπει να επαναλάβει την τεχνική. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, όταν το φάρμακο έχει ενδεχομένως σοβαρές συνέπειες από ανακριβή δόση, όπως η ινσουλίνη ή η διγοξίνη, ή όταν απαιτείται πιο πολύπλοκη χορήγηση, όπως ενδομυϊκή ένεση. Όταν κάποιος διδάσκεται πώς να κάνει ένεση, πρέπει να του εξασφαλίζεται επαρκής χρόνος για διδασκαλία και άσκηση.

Ο χρόνος χορήγησης του φαρμάκου διευκρινίζεται στους γονείς· π.χ. όταν ένα φάρμακο παραγγέλλεται σε σχέση με τα γεύματα, ο



αριθμός των γευμάτων που η οικογένεια συνηθίζει να παίρνει επηρεάζει την ποσότητα του φαρμάκου που παίρνει το παιδί. Τρώνε δύο φορές την ημέρα ή πέντε φορές; Όταν ένα φάρμακο δίνεται αρκετές φορές κατά το διάστημα της ημέρας, ο νοσηλευτής και οι γονείς συνεργάζονται για να κάνουν ένα χρονοδιάγραμμα που να προσαρμόζεται στην οικογενειακή ρουτίνα. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, αν το φάρμακο πρέπει να δίνεται σε ίσα χρονικά διαστήματα σε όλο το 24ωρο. Π.χ. το ότι το παιδί πρέπει να παίρνει ένα κουταλάκι του τσαγιού φάρμακο τέσσερις φορές την ημέρα ενδέχεται να παρερμηνευθεί, διότι οι γονείς μπορεί να προγραμματίσουν τις δόσεις σε ακατάλληλες ώρες. Αντίθετα, θα πρέπει να σχεδιασθεί ένα πρόγραμμα χορήγησης ανά 6ωρο με τον αριθμό των απαιτούμενων ημερών για θεραπευτική δόση. Γραπτές οδηγίες πρέπει να συνοδεύουν όλα τα φάρμακα που παραγγέλλονται για τα παιδιά.

### **Νοσηλευτική προσέγγιση και νοσηλευτική αξιολόγηση του παιδιού**

Το παιδί οπουδήποτε γεννηθεί και ανατραφεί, ανεξάρτητα από φυλή, θρήσκευμα ή χρώμα, είναι πρόσωπο με αθάνατη ψυχή και επομένως έχει ανυπολόγιστη αξία. Μεγάλη πραγματικά είναι η προσφορά αλλά και η ευθύνη της νοσηλεύτριας, όταν νοσηλεύει το άρρωστο παιδί. Οφείλει να διαθέτει πλήρη επιστημονική και κλινική κατάρτιση, ψυχική καλλιέργεια και αρτιότητα και μια ευαίσθητη καρδιά για να επιτύχει σε μια τόσο υψηλή αποστολή.

Για την *ορθή νοσηλευτική προσέγγιση του παιδιού* οι νοσηλεύτριες πρέπει να γνωρίζουν τις βασικές αρχές αναπτύξεως του παιδιού:

- Η ανάπτυξη του παιδιού ακολουθεί μια σταδιακή, σπειροειδή (προοδευτική-παλινδρομική), ανοδική πορεία.
- Κάθε στάδιο αναπτύξεως παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα και ιδιαίτερες ευκαιρίες και ερεθίσματα για πρόοδο.

- Η ανάπτυξη δεν αφορά μόνο ποσοτική αλλά και ποιοτική αλλαγή. Ο άνθρωπος δεν γίνεται απλώς ικανός να κάνει περισσότερα έργα ή ακόμη και να τα κάνει καλύτερα. Αλλά υφίσταται αλλαγές στον τρόπο που σκέπτεται και ενεργεί, στα συναισθήματα, τα ενδιαφέροντα και τις επιθυμίες του. Και οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν τη συμπεριφορά του.
- Σε κάθε στάδιο της ζωής οι αλλαγές της αναπτύξεως που συμβαίνουν σε ένα άτομο εξαρτώνται από συνδυασμό παραγόντων: τις κληρονομικές δυνατότητες, τη μάθηση και την ψυχολογική του κατάσταση σε κάθε δεδομένη περίπτωση.
- Υπάρχουν ατομικές διαφορές στο ρυθμό της αναπτύξεως. Αυτές οφείλονται σε σωματικούς, ψυχολογικούς, διανοητικούς, κοινωνικούς, πνευματικούς και φυλετικούς παράγοντες. Επηρεάζονται από την εθνικότητα, την οικογενειακή και κοινωνική θέση του ατόμου.
- Πρωταρχικό ρόλο στην υγιή ανάπτυξη του παιδιού παίζουν οι διαπροσωπικές σχέσεις του με τους ενήλικες, γονείς ή παιδαγωγούς.

Οι παραπάνω αρχές βοηθούν τη νοσηλεύτρια να κατανοεί το παιδί, να αξιολογεί το επίπεδο αναπτύξεώς του και να το παρακινεί με κατάλληλα ερεθίσματα και εμπειρίες στην εκδίπλωση των δυνατοτήτων του. Ιδιαίτερα είναι επίκαιρες οι αρχές αυτές στην τεχνοκρατική εποχή μας, όπου η ταχύτητα, ο αυτοματισμός, η εκβιομηχανοποίηση και η άφθονη παραγωγή και κατανάλωση των υλικών αγαθών μας απασχολούν τόσο, ώστε λησμονούμε ότι το παιδί αναπτύσσεται αργά, ότι έχει μια μοναδικότητα που δεν παράγεται τεχνητά ούτε αναπαράγεται και πολύ περισσότερο δεν αντιγράφεται ούτε με τα τελειότερα φωτοτυπικά μηχανήματα... και ότι το παιδί έχει ανάγκη αγάπης και στενής επικοινωνίας με ανθρώπους και με το περιβάλλον προκειμένου να

αναπτυχθεί σαν ανθρώπινη οντότητα. Έχει δικαιώματα που πρέπει να παίρνουν προτεραιότητα σε όλους τους κοινωνικούς, εθνικούς και διεθνείς προγραμματισμούς.

Το παιδί, υγιές ή άρρωστο, έχει τις ίδιες βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές βασικές ανάγκες, που έχει και κάθε άνθρωπος οποιασδήποτε ηλικίας.

Η ασθένεια αποτελεί αρνητική εμπειρία και κρίσιμη περίσταση για το παιδί, περισσότερο μάλιστα όταν χρειάζεται να νοσηλευθεί στο νοσοκομείο.

Η νοσηλευτική αξιολόγηση των συμπτωμάτων, αναγκών, και προβλημάτων του αρρώστου παιδιού βασίζεται στην προσωπική γνωριμία και επικοινωνία μαζί του, στην άμεση παρατήρηση της καταστάσεως και των εκδηλώσεών του, στην εξασφάλιση πληροφοριών από την οικογένεια και σε αντικειμενικές μετρήσεις όπως είναι η λήψη ζωτικών σημείων κ.ά.

Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας του παιδιού περιλαμβάνει αντικειμενικούς σκοπούς και προτεραιότητες που διατυπώνονται με βάση τα ευρήματα της αξιολογήσεως. Επίσης σχεδιάζονται οι νοσηλευτικές ενέργειες και οι μέθοδοι με τις οποίες θα εκπληρωθούν οι σκοποί.

Μεταξύ των σκοπών συγκαταλέγονται και οι ακόλουθοι:

- Προσανατολισμός και διευκόλυνση της προσαρμογής του παιδιού στο περιβάλλον του νοσοκομείου
- Διατήρηση της ατομικότητας του παιδιού
- Παροχή ανέσεως και προαγωγή του αισθήματος ευεξίας στο παιδί
- Δημιουργία θερμής σχέσεως της νοσηλεύτριας με το παιδί
- Εξασφάλιση της συνεργασίας του παιδιού και των γονέων του στη νοσηλεία

- Ιδιαίτερη φροντίδα για την απασχόληση του παιδιού.

Η εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας γίνεται με προηγούμενη ενημέρωση του παιδιού και απάντηση στις ερωτήσεις του καθώς και με ενθάρρυνση της οικογένειας να συμμετέχει ενεργητικά όπου είναι δυνατόν.

Η νοσηλεύτρια αγρυπνεί για την ασφάλεια του παιδιού από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, ατυχήματα ή λάθη στη νοσηλεία και θεραπεία του. Επίσης το διαπαιδαγωγεί σε θέματα ατομικής υγιεινής και στην ανάπτυξη υπευθυνότητας για τη φροντίδα της υγείας του. Όλα αυτά γίνονται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και μέσα σε ατμόσφαιρα προσωπικού θερμού ενδιαφέροντος.

Επειδή η νοσηλευτική φροντίδα του παιδιού δεν μπορεί να μελετηθεί αλλά ούτε και να επιτύχει τίποτα αν απομονωθεί από την ψυχολογία του, γι' αυτό η περιγραφή της θα γίνει μέσα σε ειδικό πλαίσιο που ακολουθεί:

### **Η συμβολή της νοσηλεύτριας στην ψυχική υγεία του παιδιού**

Η ψυχική υγεία αποτελεί θετική, δυναμική κατάσταση και μέρος ενός αδιαίρετου όλου, δηλαδή της βιοψυχοκοινωνικής, ηθικής και πνευματικής υγείας. Η υγεία εκφράζει ολότητα λειτουργίας και ζωής. «Αφορά σε όλες τις πράξεις, τη σκέψη, το συναίσθημα και την ελπίδα του ανθρώπου».

Η ψυχική υγεία είναι μια ποιότητα ζωής, έκφραση προσωπικού δυναμισμού, αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας.

Μεταξύ των κυριοτέρων κριτηρίων της ψυχικής υγείας αναφέρονται: Ο σωστός και ενάρετος τρόπος ζωής μαζί με ηθικά, ψυχικά, νοητικά, συναισθηματικά και θρησκευτικά εσωτερικά βιώματα. Αυτοσυνειδησία, προσωπική υπέρβαση, καλλιεργημένοι και κατάλληλοι

τρόποι στις διαπροσωπικές σχέσεις, αφοσίωση στη στοργική φροντίδα των άλλων και αγώνας για την κατάκτηση προσωπικής ακεραιότητας.

Η ψυχική υγεία είναι πολυδιάστατη και ισόβια διεργασία. Εκφράζεται με ποικίλους και μοναδικούς τρόπους σε κάθε περίπτωση της ζωής ή στάδιο ηλικίας.

Πότε το παιδί έχει ψυχική υγεία;

Όταν μεγαλώνει ομαλά και κανονικά. Όταν αναπτύσσεται σωματικά, πνευματικά, ψυχικά και κοινωνικά, και συμπεριφέρεται με ωριμότητα ανάλογη με την ηλικία του.

Τα γνωρίσματα της ψυχικής υγείας του παιδιού είναι:

- Ευθυμία, ενθουσιασμός, θάρρος
- Αγάπη, συνεργατικότητα, αλληλεγγύη
- Κοινωνικότητα, ενδιαφέρον για μάθηση
- Διάθεση για περιπέτεια, ορμή για δράση, χαρά, εργασία, παιχνίδι
- Όρεξη για φαγητό
- Εμπιστοσύνη, αίσθημα ασφάλειας, αυτοπεποίθηση
- Προσαρμογή στη ζωή, δηλαδή ικανότητα να ζει αρμονικά με το περιβάλλον του το φυσικό, το κοινωνικό, και με τον εαυτό του, ενώ παράλληλα διατηρεί την προσωπική του ακεραιότητα.

### **Η προσφορά της Νοσηλεύτριας στην ψυχική υγεία του παιδιού**

Αν η νοσηλεύτρια βρεθεί στην ανάγκη να νοσηλεύσει ένα βρέφος που δεν έχει μαζί τη μητέρα του, πρέπει να συναισθάνεται την ευθύνη της όχι μόνο για τη σωματική επιβίωση, αλλά και για την υγιεινή ψυχολογική του ανάπτυξη. Καλείται να αναλάβει έργο μητέρας, να δημιουργήσει σταθερή, υποστηρικτική, θερμή και στενή σχέση με το παιδί. Αυτός ο τύπος της νοσηλευτικής φροντίδας δίνει στο παιδί την ευχέρεια ικανοποίησης των βασικών αναγκών του. Από την άποψη αυτή, η νοσηλευτική ψυχικής υγιεινής του παιδιού μπορεί να ονομασθεί

«νοσηλευτική ψυχολογικής αναπτύξεως» και αποτελεί μέγιστη συμβολή στην ψυχική υγεία του παιδιού.

Η νοσηλεία του αρρώστου παιδιού στο νοσοκομείο επιφορτίζει τη νοσηλεύτρια με την υψηλή ευθύνη της προστασίας και προαγωγής της ψυχικής υγείας του. Το νοσοκομείο είναι ένας άγνωστος χώρος με άγνωστα πρόσωπα και προκαλεί φόβο στο παιδί. Ο φόβος θέτει σε λειτουργία μηχανισμούς φυγής (το παιδί δεν θέλει να μείνει στο νοσοκομείο). Αφού όμως δεν μπορεί να ξεφύγει, αυτή η εσωτερική ένταση διοχετεύεται σε προβλήματα συμπεριφοράς, ιδιαιτέρως όταν δεν είναι συνεχής η παρουσία σημαντικών προσώπων και μάλιστα της μητέρας δίπλα του.

Όσο πιο μικρό είναι το παιδί, τόσο πιο έντονα και εμφανή είναι τα προβλήματα. Π.χ. Παιδί 3-6 χρόνων παρουσιάζει:

- Κλάμα, άρνηση τροφής, νωθρότητα
- Διαμαρτυρίες («πάρε με από δω»)
- Παλινδρομήσεις (δηλαδή υιοθέτηση τρόπων συμπεριφοράς που ταιριάζουν σε ηλικία μικρότερη από τη δική του) π.χ. πιπίλισμα δακτύλου, ενούρηση
- Δυσκολίες ύπνου, εφιάλτες
- Γενική επιθετικότητα.

Μετά τη διαμονή στο νοσοκομείο, όταν το παιδί επιστρέψει στο σπίτι, εμφανίζει συνήθως προβλήματα συμπεριφοράς, όπως π.χ.

- Γενική επιβράδυνση στην ψυχοσωματική εξέλιξη
- Λιγότερη αυτονομία, ελλιπή αυτοεξυπηρέτηση
- Λύπη, μελαγχολία, επιθετικότητα
- Φοβίες (αποχωρισμού από τη μητέρα - σκοτάδι)
- Νευρική κατάσταση
- Αρνητική στάση προς τη μητέρα ή και τον πατέρα.

Ερευνητικές μελέτες απέδειξαν, ότι τα προβλήματα αυτά της συμπεριφοράς είναι δυνατόν να προληφθούν αν γίνει ψυχολογική προετοιμασία του παιδιού πριν βρεθεί στην ανάγκη να εισαχθεί άρρωστο στο νοσοκομείο. Η προετοιμασία αυτή του παιδιού γίνεται με απλές συζητήσεις μαζί του από νωρίς (2-2½ ετών) για το θέμα: τί είναι ασθένεια, πώς εκδηλώνεται, τί είναι φάρμακο. Επίσης το παιδί ενημερώνεται φυσικά μέσω του παιγνιδιού με κούκλες (γιατρός, αδελφή, ασθενής), και με ειδικά παιγνίδια:: πλαστικά εργαλεία, σύριγγες, καθώς και με σχετικά βιβλία εικονογραφημένα.

Όταν γίνουν τα παιδιά 4-5 ετών μπορούν να επισκεφθούν Εξωτερικά Ιατρεία ή Νοσοκομείο.

Η νοσηλεύτρια, που νοσηλεύει το άρρωστο παιδί στο νοσοκομείο, προσφέρει συστηματική ψυχολογική βοήθεια σ' αυτό. Διατηρεί με κάθε δυνατό τρόπο τη σχέση μητέρας και παιδιού. Ακόμη και όταν το επισκεπτήριο των γονέων είναι περιορισμένο, η νοσηλεύτρια διευκολύνει τις τακτικές τηλεφωνικές επικοινωνίες μεταξύ του παιδιού και της οικογένειας του και την αλληλογραφία. Δίδει λογικές εξηγήσεις για την τυχόν απουσία της μητέρας, ακόμη φροντίζει και για ενδιάμεσες επισκέψεις του παιδιού στην οικογένεια, αν χρονίζει η παραμονή του στο νοσοκομείο.

Ανάλογα με την ηλικία του το παιδί έχει ανάγκη να πληροφορείται με απλά και κατανοητά λόγια πριν από κάθε νοσηλεία και θεραπεία (με σχετικές φωτογραφίες, παρακολούθηση άλλων ασθενών κ.λ.π.). Επίσης χρειάζεται πίστωση χρόνου για να ετοιμασθεί πριν λάβει χώρα η εμπειρία που φοβάται, λόγου χάρη μια εγχείρηση.

Πάντοτε η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπόψη της, ότι βλάπτει την ψυχική ευεξία του παιδιού το ψέμα π.χ. ότι η ένεση δεν προκαλεί πόνο. Εν τούτοις η πληροφορία ότι η ένεση θα πονέσει πρέπει να συνοδεύεται

και από κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, δηλαδή από τη διαβεβαίωση ότι ο πόνος θα είναι στιγμιαίος.

Με τους τρόπους που αναφέρθηκαν η νοσηλεύτρια μειώνει ή και προλαμβάνει τα προβλήματα συμπεριφοράς στο νοσηλευόμενο παιδί.

Η νοσηλεύτρια καλείται να προγραμματίζει τη νοσηλεία του παιδιού όχι σαν ψυχρός σχεδιαστής αλλά με αγάπη και με την απόφαση να το βοηθήσει στη σωματική ανάρρωση και την υγιεινή ψυχολογική του ανάπτυξη. Τότε επιτυγχάνει να μετασχηματίσει την τραυματική εμπειρία της ασθένειας και της παραμονής του στο νοσοκομείο σε ικανοποιητική, θετική και παιδαγωγική εμπειρία.

Η νοσηλεύτρια έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει τη μελλοντική, διανοητική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού περισσότερο και από τους δασκάλους του, οι οποίοι για πολλά χρόνια θα του διδάσκουν θετικές και κοινωνικές επιστήμες.

### **Νοσηλευτική παιδαγωγική και ψυχική υγεία του παιδιού**

Η νοσηλεύτρια, εργαζόμενη σε νοσοκομείο, κέντρο υγείας, κατασκήνωση, ιατρείο ή παιδικό σταθμό, στην ύπαιθρο ή τη μεγαλούπολη, έχει ιερό 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.

### **Σεβασμός και προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού**

Το πρώτο δικαίωμα του παιδιού είναι να γεννηθεί. Και αφού γεννηθεί το μεγαλύτερο δικαίωμα του είναι να βοηθηθεί ώστε να αποκτήσει πίστη και ελπίδα στον Θεό σαν ισχυρό εφόδιο για να μη



λυγίζει μπροστά στις δυσκολίες, να διατηρεί το θάρρος του, την ειρήνη της συνειδήσεως του και την ελευθερία του πνεύματος, αληθινά χαρακτηριστικά της ψυχικής υγείας. Η θρησκευτική διαπαιδαγώγηση του παιδιού συζητείται και υποστηρίζεται και σε παγκόσμια συνέδρια για το παιδί.

Πέρα από τα δικαιώματα που αναφέρθηκαν και σύμφωνα με τη Διακήρυξη του Ο.Η.Ε. του 1959, κάθε παιδί έχει δικαίωμα για:

- στοργή, αγάπη και κατανόηση
- καλή διατροφή, κατοικία, ιατρική περίθαλψη και ψυχαγωγία
- δωρεάν εκπαίδευση
- να έχει ένα όνομα και μια εθνικότητα
- να έχει τη δυνατότητα να αναπτύσσεται σωματικά, πνευματικά και ηθικά σε συνθήκες ελευθερίας και αξιοπρέπειας
- να βρίσκει ειδική φροντίδα αν μειονεκτεί σωματικά, ψυχικά ή κοινωνικά
- να είναι ανάμεσα στους πρώτους που θα του δοθεί βοήθεια σε περιπτώσεις καταστροφών
- να μεγαλώνει μέσα σ' ένα πνεύμα ειρήνης και παγκόσμιας αδελφοσύνης
- να προστατεύεται από κάθε μορφής αμέλεια και εκμετάλλευση
- να απολαμβάνει όλα αυτά τα δικαιώματα ανεξάρτητα από φυλή, χρώμα, φύλο, θρησκεία.

### **Μέριμνα για την εκπλήρωση των βιοψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών του παιδιού**

Το παιδί, όπως κάθε άνθρωπος, είναι μια ψυχοσωματική, μοναδική και ανεπανάληπτη ανθρώπινη ύπαρξη. Για να ζήσει και να μεγαλώσει δεν του φθάνει η τροφή, η ενδυμασία και η σωματική ασφάλεια. Έχει ανάγκη αγάπης, στοργής, θετικής διαπροσωπικής επικοινωνίας και ανώτερης

ψυχικής και ηθικής διαπαιδαγώγησης. Διότι η παραμέληση της αγωγής των παιδιών χαρακτηρίζεται σαν παιδοκτονία. Κάθε παιδιατρική νοσηλεύτρια πρέπει να δίνει προτεραιότητα στην εκπλήρωση των πνευματικών αναγκών του παιδιού, σαν μια σημαντική διάσταση της νοσηλείας του.

### **Πίστη στην ανεκτίμητη αξία του παιδιού**

Το παιδί οπουδήποτε γεννηθεί και ανατραφεί είναι πρόσωπο με αθάνατη ψυχή και υψηλό προορισμό να αναπτυχθεί και τελειοποιηθεί. Επομένως έχει ανυπολόγιστη αξία.

Τόση μεγάλη είναι η αξία του παιδιού ώστε η περιφρόνηση του, το επιπόλαιο παράδειγμα ενώπιον του και η ρύπανση του πνεύματος του με αμφίβολης ηθικής ποιότητας έντυπα και θεάματα, και μ' αυτά ο κλονισμός της ψυχικής του υγείας, επωμίζουν με βαριά ευθύνη τους γονείς, δασκάλους, νοσοκόμους και γενικά τους μεγαλύτερους.

Το μεγαλύτερο αξίωμα της Παιδαγωγικής λέει, ότι δεν μεταδίδουμε στο παιδί αυτό που θέλουμε αλλά αυτό που είμαστε. Το παράδειγμα των μεγάλων επηρεάζει το παιδί και το μεταβάλλει.

Η νοσηλεύτρια για χάρη της ψυχικής υγείας των παιδιών προσπαθεί να είναι πάντα ένα καλό παράδειγμα και συμβουλεύει τους γονείς ως εξής:

- Μη φιλονικείτε μπροστά στα παιδιά σας
- Μεταχειρίζεστε όλα τα παιδιά σας με την ίδια αγάπη
- Μη λέτε ψέματα ποτέ στο παιδί
- Να έχετε αμοιβαία ανεκτικότητα μεταξύ σας
- Να γίνεστε σύντροφοι και χειραγωγοί των παιδιών
- Να δέχεσθε τους φίλους των παιδιών σας σαν ευπρόσδεκτους επισκέπτες στο σπίτι
- Απαντάτε πάντα στις ερωτήσεις τους

- Μη ελέγχετε και μη τιμωρείτε τα παιδιά μπροστά σε φίλους τους ή σε άλλα παιδιά
- Προσέχετε τα προτερήματα του παιδιού σας και μη μεγαλώνετε τα ελαττώματα του
- Να είστε σταθεροί στη στοργή και στην καλή διάθεση σας.

Όχι μόνο οι γονείς και οι δάσκαλοι, αλλά και η νοσηλεύτρια μπορεί να ασκήσει απεριόριστη παιδαγωγική επίδραση στην ψυχή του παιδιού. Η νοσηλεύτρια νοσηλεύει το άρρωστο παιδί με μητρική στοργή αλλά και το διδάσκει, το βοηθάει να αποκτήσει από τη μικρή του ηλικία πολιτισμένη και ανώτερη αγωγή στα θέματα της υγείας. Δηλαδή όχι μόνο να αποκτήσει γνώσεις αλλά και να διαμορφώσει πρότυπα συμπεριφοράς που προάγουν τη σωματική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική υγεία και ευεξία.

Η νοσηλεύτρια ακόμη, ενώ νοσηλεύει το παιδί, επισημαίνει τα παιδικά ελαττώματα και τα διορθώνει με αγάπη, με τη συμβουλή, με τον καλό τρόπο, αλλά και με τον παιδαγωγικό έλεγχο. Πόση όμως αγάπη, ποια μόρφωση και τί ψυχολογικά και παιδαγωγικά εφόδια πρέπει να έχει η νοσηλεύτρια που νοσηλεύει το παιδί, για να ασκεί πάντοτε το έργο μιας εμπνευσμένης και φωτισμένης παιδαγωγού.

### **Ο διάλογος με το παιδί**

Ο διάλογος, η επικοινωνία με ανθρώπους είναι βασική ανάγκη του παιδιού για να αναπτυχθεί ψυχοσυναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

Ιδιαίτερα όταν το παιδί είναι άρρωστο, έχει ανάγκη να εκφράσει τον πόνο, τους φόβους, τις ανησυχίες, την ψυχική του υπερένταση. Η νοσηλεύτρια διαθέτει χρόνο κοντά του. Το ενθαρρύνει να μιλήσει ανάλογα με την ηλικία του, συζητά μαζί του και το παροτρύνει να λέει τη γνώμη του, τις σκέψεις και τις προτιμήσεις του.

Οι ίδιες αρχές επικοινωνίας της νοσηλεύτριας με τον ενήλικα άρρωστο ισχύουν και για τον διάλογο με το παιδί.

### **Οι φόβοι του παιδιού**

Συχνά το παιδί εκφράζει φόβους. Οι γονείς στο σπίτι και η νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο είναι οι προστάτες του παιδιού έναντι απειλών, που προκαλούν φόβους. Βέβαια πρέπει να γνωρίζουμε, ότι ο φόβος είναι φυσιολογικό συναίσθημα, που μας ειδοποιεί να αντιδράσουμε σ' ένα κίνδυνο. Σκοπός μας δεν είναι να απαλλάξουμε το παιδί από όλους τους φόβους, αλλά να το βοηθήσουμε να αντιδρά σωστά και υγιεινά, ώστε να τους υπερνικά.

Το παιδί φοβάται μήπως χάσει την αγάπη των γονέων του ή αποχωρισθεί απ' αυτούς. Φοβάται το άγνωστο, το σκοτάδι, την ασθένεια, ιδιαίτερα όταν αντιλαμβάνεται την ανησυχία των μεγαλύτερων.

Να μη φοβίζουμε οι μεγαλύτεροι το παιδί για να φάει ή να μας ακούσει. Να μη του διηγούμεθα τρομακτικά παραμύθια. Να μη του λέμε «μη φοβάσαι» γιατί υποψιάζεται πως κάτι κακό κρύβεται και φοβάται. Να μη το λέμε δειλό. Να μη παρακολουθεί θεάματα με τρομακτικές σκηνές.

Να εξοικειώνουμε το παιδί με το σκοτάδι. Το βράδυ να συνηθίσει να κοιμάται μόνο του στο δωμάτιο. Σε ανήσυχο ύπνο και εφιαλτικά όνειρα να το καθησυχάζουμε ότι είμαστε κοντά του.

Να του δίνουμε θάρρος. Να το κάνουμε κοινωνικό. Να το βοηθούμε να δημιουργεί φιλίες, να εκφράζεται.

Στις αποτυχίες του να μη το κοροϊδεύουμε, αλλά να του δίνουμε θάρρος ότι στο μέλλον θα επιτύχει.

Το παιδί θα μάθει ότι τα πράγματα είναι καλά, όταν οι μεγαλύτεροι -που ξέρουν και αντιλαμβάνονται περισσότερα- το πιστεύουν αυτό, του το λένε και εμφανίζονται ήρεμοι. Πρέπει να πιστεύουμε ότι το παιδί έχει

την ικανότητα να εξοικειωθεί με τον κόσμο καθώς μεγαλώνει και αποκτά μεγαλύτερη κατανόηση και εμπιστοσύνη.

### **Οι δυσκολίες και τα εμπόδια του παιδιού**

Η χαρά στην ψυχή και η ψυχική τελείωση επέρχεται ύστερα από επιτυχή αντιμετώπιση των δυσκολιών και των εμποδίων της ζωής. Χωρίς αυτά δεν θα είχε ο άνθρωπος τις ψυχικές ανατάσεις που τον κάνουν πραγματικά ανώτερο. Οι δυσκολίες σφυρηλατούν τον χαρακτήρα και ισχυροποιούν τη θέληση. Μ' αυτές το παιδί γνωρίζει την αξία του ανθρώπου.

Το αποφασιστικό πνεύμα μόνο με τα εμπόδια αναπτύσσεται. Γι' αυτό το παιδί πρέπει και μόνο του ν' αγωνισθεί. Ας μάθει ότι προηγείται η δυσκολία και ακολουθεί η χαρά της επιτυχίας.

### **Το παιδί και το παιχνίδι**

Το παιχνίδι είναι σπουδαίος συντελεστής στην ψυχοκινητική ανάπτυξη και υγεία του παιδιού. Ασκει και αναπτύσσει το σώμα του. Αποτελεί *διέξοδο* για το περίσσειμα της ψυχικής και σωματικής ενέργειας και επομένως το προστατεύει από τη νευρικότητα. Είναι πεδίο όπου το παιδί δοκιμάζει τις ικανότητες του χωρίς καμμία ευθύνη για τις πράξεις του.

Το παιχνίδι δεν είναι πολυτέλεια. Είναι μια *μορφή της ζωής* που βοηθάει στην ψυχική ανάπτυξη του παιδιού. Δεν είναι χαμένος ο χρόνος του παιγνιδιού. Το παιδί πρέπει να έχει την ευκαιρία να εκφράζεται με το παιχνίδι.

Το παιχνίδι είναι *μορφωτικό*. Το παιδί αποκομίζει πληροφορίες, ανακαλύπτει τις δυνάμεις και αδυναμίες του, σχηματίζει καθαρότερη έννοια του εαυτού του.

Το παιχνίδι είναι *μέσο ηθικής διαπαιδαγωγήσεως* του παιδιού. Μαθαίνει πώς να συμπεριφέρεται κοινωνικά, πώς να συνεργάζεται, πώς

να μετριοφρονεί όταν κερδίζει, να χάνει χωρίς να θυμώνει και να δέχεται την αποτυχία με θάρρος. Ακόμη μαθαίνει να πειθαρχεί στους κανόνες του παιγνιδιού.

Το παιγνίδι, τέλος, είναι *θεραπευτικό*. Απαλλάσσει από την ψυχική ένταση και ενισχύει την αυτοέκφραση. Σ' αυτό εκπληρώνονται ανάγκες και επιθυμίες ανεκπλήρωτες στην καθημερινή ζωή. Το παιγνίδι είναι άριστο μέσο αναγνωρίσεως και διαγνώσεως της προσωπικότητας, του χαρακτήρα, των ατομικών αναγκών και ψυχολογικών προβλημάτων του παιδιού.

Γι' αυτό η νοσηλεύτρια μεριμνά για το παιγνίδι του αρρώστου παιδιού και το χρησιμοποιεί στη νοσηλεία με θεραπευτικές ιδιότητες, ενώ εφαρμόζει και διδάσκει στο περιβάλλον του παιδιού τους εξής κανόνες:

- Μη ξεχνάτε ότι το παιγνίδι χρειάζεται τον κατάλληλο χώρο
- Αφήνετε το παιδί να παίζει όσο θέλει
- Διακόπτετε το παιγνίδι του παιδιού όσο πιο σπάνια μπορείτε
- Μη προσφέρετε στο παιδί πάρα πολλά παιγνίδια
- Μην εξαναγκάζετε το παιδί να αλλάζει συχνά τα παιγνίδια του
- Μη βιάζετε το παιδί όταν είναι εκ φύσεως βραδύ στις ενέργειές του
- Αφήνετε το παιδί να εφευρίσκει μόνο του και να δοκιμάζει
- Κάνετε του όσο μπορείτε λιγότερη κριτική
- Συμμετέχετε, αλλά σοβαρά, σαν αληθινός συμπαίκτης σ' αυτό που παίζει το παιδί
- Μη διορθώνετε τίποτε απ' αυτό που έφτιαξε το παιδί. Υποδεικνύετε μόνο κάτι καλύτερο
- Αφήνετε το παιδί να παίζει πολύ μόνο του
- Μη ξεχνάτε ότι το παιδί χρειάζεται και συνομήλικους συμπαίκτες.

Η νοσηλεύτρια, τέλος, πρέπει να θυμάται ότι το παιγνίδι είναι βασικό δικαίωμα κάθε παιδιού σε οποιαδήποτε κοινωνική και οικονομική κατάσταση κι' αν μεγαλώνει και οσοδήποτε άρρωστο κι' αν είναι.

Η νοσηλευτική φροντίδα του παιδιού παρουσιάσθηκε εκλεκτικά στα πλαίσια των δυνατοτήτων της να διαπαιδαγωγήσει την οικογένεια και να προσφέρει μια αγωγή ψυχικής υγείας στο παιδί.

Με τις αλματώδεις τεχνολογικές εξελίξεις του αιώνα μας ασφαλώς πολλές νοσηλείες και άλλα έργα νοσηλευτικά θα απλοποιηθούν ή και θα καταργηθούν. Η συμβολή όμως της νοσηλεύτριας στην ψυχική υγεία του παιδιού θα είναι πάντα πολύτιμη και περιζήτητη, διότι αποτελεί υπεύθυνο κοινωνικό, πολιτιστικό και εθνικό έργο.

### **3.1. Πριν το χειρουργείο**

- Εξασφάλιση ψυχολογικής προετοιμασίας και υποστήριξης καθώς και προεγχειρητικής διδασκαλίας ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Μια τέτοια προετοιμασία θα μειώσει το άγχος και θα βοηθήσει το παιδί να αντιμετωπίσει τους φόβους του.
  - «Οι δυνητικές απειλές αναμενόμενης επέμβασης για το νοσηλευόμενο παιδί είναι:
    - ◆ Σωματική βλάβη - τραύμα, πόνος, ακρωτηριασμός, θάνατος
    - ◆ Αποχωρισμός από τους γονείς
    - ◆ Το παράξενο και άγνωστο - πιθανότητα έκπληξης
    - ◆ Σύγχυση και αβεβαιότητα για τους περιορισμούς του και την αναμενόμενη συμπεριφορά
    - ◆ Σχετική απώλεια ελέγχου του κόσμου του και της αυτονομίας του
    - ◆ Φόβος για την αναισθησία

- ◆ Φόβος για την ίδια την επέμβαση
- Όλη η προετοιμασία και η υποστήριξη πρέπει να γίνεται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, το στάδιο ανάπτυξης του και την προσωπικότητα του, το ιστορικό και την εμπειρία με το προσωπικό υγείας και το νοσοκομείο, το θρησκευτικό, κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό υπόβαθρο.
  - ◆ Γνώση των πληροφοριών που το παιδί έχει πάρει.
  - ◆ Καθορισμός του τι γνωρίζει το παιδί ή τι αναμένει.
  - ◆ Πρόσθετες οδηγίες γραμμές για την προετοιμασία: Χρησιμοποίηση σχεδιαγραμμάτων του σώματος του παιδιού, συγκεκριμένων παραδειγμάτων και απλών όρων· αναγνώριση των αλλαγών που μπορεί να επέλθουν ως αποτέλεσμα της διαδικασίας· παροχή εξηγήσεων αργά και καθαρά. Χρησιμοποίηση της δημιουργικής ικανότητας του παιδιού και της κριτικής σκέψης του στην προετοιμασία για τις διαδικασίες.
- Προσανατολισμός του αρρώστου και της οικογένειας στη μονάδα, στο δωμάτιο, στο χώρο παιχνιδιού, στο χειρουργείο και στην αίθουσα ανάληψης και γνωριμία αυτών με τα άλλα παιδιά και τους γονείς τους και με το προσωπικό.
- Ενθάρρυνση υποβολής ερωτήσεων και παροχή ειλικρινών απαντήσεων.
  - ◆ Τέτοιες ερωτήσεις θα επιτρέψουν στη νοσηλεύτρια να καταλάβει καλύτερα τους φόβους του παιδιού και την αντίληψη του για το τι του συμβαίνει.
  - ◆ Τα βρέφη και τα μικρά παιδιά έχουν ανάγκη να συνάψουν σχέση εμπιστοσύνης με εκείνους που τα φροντίζουν.
  - ◆ Το μεγαλύτερο παιδί καθησυχάζεται από τις πληροφορίες που του δίνονται.



- Εξασφάλιση ευκαιριών στο παιδί και στους γονείς, για να διαπραγματευθούν με τις ανησυχίες και τα αισθήματά τους (παιχνίδι, συζήτηση). Μια τέτοια υποστηρικτική φροντίδα πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα λιγότερο ανησυχητική συμπεριφορά και καλύτερη συνεργασία.
- Ετοιμασία του παιδιού για το τι πρέπει να περιμένει μετά την εγχείρηση (π.χ. αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν ή θα συνδεθούν με το παιδί, πώς θα αισθάνεται, τι θα του κάνουν, δίαιτα).
- Βοήθεια στη φυσική προετοιμασία του παιδιού για το χειρουργείο:
  - Βοήθεια στην εκτέλεση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων. Ενημέρωση του παιδιού: τι πρόκειται να του κάνουν πριν από τη διαδικασία και πώς μπορεί να αντιδράσει. Συνεχής υποστήριξη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.
  - Αποφυγή χορήγησης τροφής και υγρών από το στόμα. Συνήθως, στο παιδί δεν χορηγείται τίποτε από το στόμα 12 ώρες πριν από την επέμβαση, για να αποφευχθεί εισρόφηση από εμέτους κατά τη διάρκεια της αναισθησίας.
  - Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων. Αναφορά οποιασδήποτε παρέκκλισης από τα ζωτικά σημεία, της βασικής γραμμής, ιδιαίτερα της θερμοκρασίας.
  - Βοήθεια για μείωση του πυρετού. Ο πυρετός μπορεί να είναι αποτέλεσμα χειρουργικών παθήσεων (π.χ. εντερικής απόφραξης) ή λοίμωξης. Ο πυρετός αυξάνει τον κίνδυνο από την αναισθησία και την ανάγκη για υγρά και θερμίδες.
  - Χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική εντολή (συχνά χορηγούνται ηρεμιστικά και φάρμακα που μειώνουν τις εκκρίσεις).

- Καλή ενυδάτωση, ιδιαίτερα των βρεφών. Η παρεντερική χορήγηση υγρών μπορεί να είναι απαραίτητη για την ενυδάτωση του παιδιού, κυρίως όταν αυτό δεν παίρνει τίποτε από το στόμα, έχει εμέτους ή πυρετό.
  - Παρότρυνση του παιδιού να ουρήσει πριν από την προνάρκωση, για να προληφθεί διάταση της κύστης ή απώλειας ούρων κατά τη διάρκεια της νάρκωσης. Σημείωση του χρόνου της τελευταίας ούρησης, εάν δεν μπορεί να ουρήσει.
- Πρόληψη επιπλοκών:
- Εάν το παιδί είναι αλλεργικό, επιβεβαιώνεται ότι αυτό αναφέρεται ευκρινώς στο διάγραμμα.
  - Έλεγχος των εργαστηριακών αποτελεσμάτων για διαπίστωση κάποιας συστηματικής διαταραχής, όπως λοίμωξη (αύξηση λευκών αιμοσφαιρίων), αναιμία (μείωση Hb και/ή Hct) ή αιμορραγικές διαθέσεις (μείωση αιμοπεταλίων ή παράταση του χρόνου ροής και πήξη).
- Υποστήριξη των γονέων κατά την κρίσιμη περίοδο. Η στάση των γονέων στη νοσοκομειακή περίθαλψη και τη χειρουργική επέμβαση προσδιορίζει, σε μεγάλο βαθμό, τη στάση των παιδιών τους.
- Η εμπειρία αυτή μπορεί να είναι συναισθηματικά οδυνηρή για τους γονείς.
  - Οι γονείς μπορεί να διακατέχονται από αισθήματα φόβου ή ενοχής. Γι' αυτό, πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σ' αυτούς, να διερευνώνται και να διευκρινίζονται τα αισθήματα τους και οι σκέψεις τους και να τους παρέχεται ακριβής πληροφόρηση και ψυχολογική υποστήριξη.

- Τονισμός της σπουδαιότητας της παρουσίας των γονέων κοντά στο παιδί. Βοήθεια να καταλάβει η μητέρα ότι είναι σε θέση να φροντίσει το παιδί της.

### **3.2. Μετά το χειρουργείο**

#### **Άμεση**

- Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και πρόληψη εισρόφησης:
  - Τοποθέτηση του παιδιού σε πλάγια ή πρηνή θέση, για να διευκολυνθεί η αποβολή των εκκρίσεων και να αποφευχθεί ολίσθηση της γλώσσας προς τα πίσω και απόφραξη του λάρυγγα.
  - Αναρρόφηση των εκκρίσεων, αν υπάρχουν.
- Συνεχής παρακολούθηση της γενικής κατάστασης και των ζωτικών σημείων:
  - Λήψη ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά μέχρι την πλήρη ανάνηψη του παιδιού και τη σταθεροποίηση της κατάστασης του. Η περιχειρίδα του σφυγμομανομέτρου παραμένει ξεφούσκωτη στη θέση της, για να ελαχιστοποιηθεί ενόχληση του παιδιού.
  - Σημείωση του αναπνευστικού ρυθμού και των χαρακτηριστικών του, των σφύξεων και των χαρακτηριστικών τους, της αρτηριακής πίεσης, του χρώματος του δέρματος και του επιπέδου συνείδησης.
  - Παρατήρηση για σημεία shock.
 

Όλα τα παιδιά σε shock εμφανίζουν ωχρότητα, αύξηση των σφύξεων και ακανόνιστες αναπνοές. Τα μεγαλύτερα παιδιά έχουν μειωμένη αρτηριακή πίεση και εφίδρωση.
  - Μεταβολή στα ζωτικά σημεία μπορεί να σημαίνει απόφραξη των αεροφόρων οδών, αιμορραγία ή ατελεκτασία. Άμεση αναφορά στο γιατρό.

- Ανησυχία μπορεί να σημαίνει πόνο ή υποξία. Φάρμακα για καταστολή του πόνου συνήθως δεν χορηγούνται, μέχρις ότου το παιδί ανανήψει από τη νάρκωση.
- Ελέγχεται εάν όλοι οι σωλήνες παροχέτευσης είναι καλά συνδεδεμένοι και λειτουργούν κανονικά. Η γαστρική αναρρόφηση ανακουφίζει το παιδί από την κοιλιακή διάταση και ελαττώνει την πιθανότητα αναπνευστικής δυσχέρειας.
- Χορήγηση υγρών παρεντερικώς, σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
- Ενθάρρυνση των γονέων να βρίσκονται κοντά στο παιδί τους την ώρα που θα συνέρχεται από τη νάρκωση.

### Μετά την ανάνηψη

- Συνεχίζεται η παρακολούθηση και αξιολόγηση της κατάστασης του παιδιού:
  - Συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και της συμπεριφοράς
  - Έλεγχος επιδερμικού υλικού, τραύματος και των ειδικών συσκευών (Ε.Φ. εγχύσεις, παροχέτευση θώρακα, οξυγόνο)
  - Παρατήρηση για σημεία αφυδάτωσης
  - Σημείωση αποβολής αερίων ή κοπράνων
  - Αναφορά κάθε παρέκκλισης από το φυσιολογικό
- Ακριβής καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, όπως ενδοφλέβια υγρά, υγρά από το στόμα, ούρα, υγρά παροχετεύσεων (στομάχου, θώρακα, τραύματος):
  - Ζύγισμα του επιδερμικού υλικού για τον ακριβή υπολογισμό των αποβαλλόμενων υγρών.
  - Χορήγηση υγρών παρεντερικώς με βάση τα αποβαλλόμενα υγρά. Η παρεντερική χορήγηση παρατείνεται, μέχρις ότου το παιδί έλθει σε θέση να λαμβάνει υγρά σε επαρκείς ποσότητες από το στόμα.

- Σίτιση του παιδιού από το στόμα, ανάλογα με την κατάσταση του, την ηλικία του και τις ιατρικές εντολές. Αρχικά, χορηγούνται υγρά και εφόσον αυτά γίνονται ανεκτά χορηγείται προοδευτικά πλήρης τροφή ανάλογα με την ηλικία. Παρακολούθηση για έμετο ή κοιλιακή διάταση. Σε ενδεχόμενη ανορεξία, προσφέρονται στο παιδί τροφές της αρεσκείας του σε μικρές ποσότητες και με ελκυστικό τρόπο.
- Πρόληψη λοιμώξεων:
  - Αποφυγή επαφής του παιδιού με παιδιά ή προσωπικό που έχουν αναπνευστική ή άλλη λοίμωξη
  - Αλλαγή θέσης του παιδιού κάθε 2-3 ώρες
  - Ενθάρρυνση του παιδιού να βήχει και να αναπνέει βαθιά. Ακινητοποίηση του εγχειρητικού τραύματος με τα χέρια ή με μαξιλάρι πριν από το βήχα
  - Διατήρηση της τραυματικής επιφάνειας καθαρής. Γίνεται αλλαγή του επιδεσμικού υλικού κάθε φορά που χρειάζεται· οι πάνες διατηρούνται μακριά από το τραύμα.
- Εξασφάλιση καλής γενικής υγιεινής:
  - Η καλή φροντίδα του δέρματος διεγείρει την κυκλοφορία και προλαβαίνει τις κατακλίσεις
  - Εξασφάλιση κατάλληλων περιόδων ανάπαυσης και ύπνου
  - Παρότρυνση του παιδιού να κάνει ασκήσεις και να σηκώνεται από το κρεβάτι του, εφόσον η κατάσταση του το επιτρέπει.
- Εξασφάλιση άνεσης:
  - Ελέγχεται αν το παιδί είναι ζεστό και αν αλλάζει τη θέση του κάθε φορά που χρειάζεται
  - Φροντίδα στοματικής κοιλότητας
  - Πρόβλεψη και κάλυψη των αναγκών του παιδιού

- Χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση του παιδιού από τον πόνο, σύμφωνα με την ιατρική εντολή, και παρακολούθηση της απόκρισης του παιδιού σ' αυτά
- Χορήγηση αντιεμετικών, σύμφωνα με την ιατρική εντολή
- Το παιδί μπορεί να έχει κοντά του και να κρατά το αγαπημένο του παιχνίδι ή αντικείμενο
- Το κράτημα στην αγκαλιά και το χάδι είναι καθησυχαστικές ενέργειες για τα βρέφη και τα μικρά παιδιά
- Συγκινησιακή υποστήριξη και εξασφάλιση ψυχολογικής ασφάλειας:
  - Ενθάρρυνση του παιδιού να μιλήσει για την επέμβαση και για τους φόβους του. Το παιδί ενδέχεται να μην έχει αντιληφθεί τι ακριβώς συνέβη· η ακριβής περί γραφή από τη νοσηλεύτρια θα το βοηθήσει να ξεπεράσει τους παράλογους φόβους του. Βέβαια, η τάση του παιδιού να μιλήσει για την επέμβαση και τις εμπειρίες του θα εξαρτηθεί κυρίως από το ενδιαφέρον που δείχνουν η νοσηλεύτρια και οι γονείς. Εάν το παιδί είναι μικρό και δεν μπορεί να εκφράσει λεκτικά τις σκέψεις και τα αισθήματα του, είναι όμως ικανό να αυτοεκφρασθεί με το παιχνίδι, θα πρέπει να του παρασχεθεί η δυνατότητα να παίζει το ταχύτερο δυνατόν.
  - Καθησύχηση του παιδιού ότι η κατάσταση του είναι καλή.
- Υποστήριξη των γονέων:
  - Βοήθεια να διατηρηθούν καλές οικογενειακές σχέσεις (ενθαρρύνονται να φροντίζουν το παιδί τους)
  - Ενθάρρυνση των γονέων να συζητούν τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους.
- Έγκαιρη έναρξη διδασκαλίας και σχεδιασμού για την έξοδο από το νοσοκομείο:

- Διδασκαλία των ειδικών διαδικασιών που θα συνεχισθούν στο σπίτι. Χορήγηση γραπτών οδηγιών
  - Καθορισμός των ορίων δραστηριότητας του παιδιού
  - Τονισμός της ανάγκης για περαιτέρω παρακολούθηση του παιδιού
  - Πρόβλεψη των αντιδράσεων του παιδιού ως αποτέλεσμα της παραμονής του στο νοσοκομείο.
- Παραπομπή στην κοινοτική νοσηλευτική υπηρεσία, για να συνεχισθεί η φροντίδα στο σπίτι.

### 3.3. Αξιολόγηση και αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά

#### Αντίληψη του πόνου

Πολλές έρευνες έχουν αποτύχει να δείξουν την ύπαρξη ξεκάθαρων αναπτυξιακών προτύπων στην αντίληψη του πόνου από τα παιδιά. Παρόλα αυτά, έχει αποδειχτεί ότι τα παιδιά είναι σε θέση να εκφράσουν τον πόνο τους καλά. Η παραμονή τους στο νοσοκομείο ή προηγούμενη εμπειρία πόνου έχει δείχτει ότι επηρεάζουν την αντίληψη για τον πόνο. Επίσης τα παιδιά βλέπουν τον πόνο σαν κάτι κακό και δείχνουν άγνοια οποιασδήποτε καλής πλευράς του πόνου, για παράδειγμα ως προειδοποιητικό ή σημάδι κίνδυνου (π.χ. Schultz, 1971, Eland and Anderson, 1977, Savedra et al, 1982, Lollal et al, 1992).

Υπάρχει μία συγκεκριμένη έρευνα η οποία έδειξε ξεκάθαρα αναπτυξιακά πρότυπα στην αντίληψη του πόνου από τα παιδιά (Gafney and Dunne, 1986). Περιγράφουν τα ακόλουθα αναπτυξιακά στάδια: **συγκεκριμένοι** ορισμοί (*concrete definitions*) που περιγράφουν τον πόνο σαν ένα πράγμα ή μέρος που πονάει ή σαν το αποτέλεσμα κάποιας πράξης, **ήμι-αφηρημένοι** (*semi-abstract*) ορισμοί που περιγράφουν τον

πόνο σαν ένα συναίσθημα ή αίσθημα αλλά σε σχέση με μια δυσάρεστη φυσική ποιότητα, ή με τη χρήση συνώνυμων, και **αφηρημένοι** (*abstract*) ορισμοί κατά τους οποίους συνήθως χρησιμοποιούνται φυσιολογικοί ή ψυχολογικοί όροι.

Υπάρχει μία αυξανόμενη τάση για χρησιμοποίηση μεγαλύτερου εύρους θεμάτων στην περιγραφή του πόνου. Αυτό το φαινόμενο αντανακλά μία αυξανόμενη κατανόηση του βιολογικού σκοπού του πόνου και τη σχέση του με την αρρώστια και το τραύμα όπως επίσης τις ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές πλευρές του.

Αν και τα παραπάνω στάδια μπορούν ξεκάθαρα να αναγνωριστούν σαν τύποι απάντησης, βρέθηκε επίσης ότι μερικά παιδιά μπορεί να δώσουν απαντήσεις που να ανήκουν σε δύο στάδια. Έτσι, το πιο ανεπτυγμένο γνωστικά παιδί μπορεί να δώσει απαντήσεις που να αντανακλούν το προχωρημένο γνωστικό του επίπεδο και επίσης απαντήσεις από προηγούμενα στάδια. Οι Gaffney and Dunne (1986) υποστηρίζουν ότι οι λόγοι που οδήγησαν στην ανεύρεση ισχυρών αναπτυξιακών τάσεων περιλαμβάνουν: το δείγμα που κυμαίνεται σε ηλικία πάνω από αυτές τις ηλικίες που γενικά θεωρούνται ότι καλύπτουν τα στάδια του Piaget και επίσης σχολικά στάδια, ένα υψηλότερο όριο ηλικίας 14 χρόνων, και μια περισσότερο ευαίσθητη διαδικασία συλλογής στοιχείων η οποία επιτρέπει την αναγνώριση στις απαντήσεις των παιδιών, μιας ποικιλίας θεμάτων.

### **ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ**

Κάτω από το φως των ευρημάτων της έρευνας καθώς και των μοντέλων που παρουσιάστηκαν παραπάνω, υπάρχουν προφανείς επιπτώσεις στη αξιολόγηση του πόνου και στη φροντίδα του παιδιού που πονάει. Η εξέταση του επιπέδου γνωστικής ανάπτυξης, καθώς και των παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν το τρόπο με τον οποίο



συμπεριφέρονται στον πόνο και πληροφορίες από το περιβάλλον και τα γύρω άτομα, είναι ζωτικής σημασίας.

### **Αξιολόγηση του πόνου των παιδιών**

Έχει δειχτεί ότι τα παιδιά μπορούν να εκφράσουν με ακρίβεια μέσα στα όρια της γνωστικής τους ανάπτυξης συμπεριλαμβανομένης της γλώσσας, αν ερωτηθούν τις κατάλληλες ερωτήσεις (Ross and Ross 1984). Το παιδί θα πρέπει να είναι η πρώτη και κύρια πηγή πληροφοριών που αφορούν τον πόνο του. Βέβαια οι προσδοκίες όπως το είδος της αναφοράς από το παιδί, πρέπει να είναι ανάλογες με το επίπεδο κατανόησης του παιδιού.

Υπάρχουν προβλήματα με το πολύ μικρό παιδί που δεν μιλάει ή με το παιδί που μιλάει μια ξένη γλώσσα. Εξωλεκτικά σημεία μπορούν να χρησιμοποιούνται τότε συμπεριλαμβανόμενων των φυσιολογικών και συμπεριφορολογικών.

Είναι πολύ σημαντικό να διαφοροποιήσουμε ανάμεσα στη μέτρηση του πόνου και στην αξιολόγηση της εμπειρίας του πόνου (McGrath and Unruh 1994). Πολλές από τις φόρμες αξιολόγησης μπορεί να είναι ανεπαρκείς όσον αφορά το πρώτο αλλά αγνοούν πολλές πτυχές του δεύτερου. Αν ο πόνος είναι σε μεγάλο βαθμό «στο μυαλό», σαν ένα σύνθετο ψυχοκοινωνικό συμπεριφορικό παζλ, όπως επίσης μια ροή νευρικών ερεθισμάτων προς τον εγκέφαλο, τότε ένα μοντέλο για την αξιολόγηση του πόνου και στρατηγικές για τη φροντίδα του πόνου θα πρέπει να εμπεριέχουν αυτές τις απόψεις.

## **Προβλήματα με την αξιολόγηση του πόνου στα παιδιά**

Αναγνωρίζονται δύο κύριοι τύποι προβλημάτων. Αφορούν τη φύση του πόνου και την εμπειρία του πόνου από μόνη της και στη χρήση τεχνικών αυτό-αναφοράς.

### **Η φύση του πόνου**

Αυτό το πρόβλημα έχει δύο πτυχές: η πρώτη είναι η σχέση μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών μετρήσεων του πόνου. Ο τρόπος με τον οποίο διαφορετικοί επαγγελματίες υγείας αξιολογούν τον πόνο λοιπόν μπορεί να επηρεάσει τη συγκρισιμότητα των δεδομένων και να αναμειχθεί έτσι στη φροντίδα του πόνου και στην έρευνα για τον πόνο αν χρησιμοποιούνται διαφορετικές στρατηγικές (Lavigne et al 1986). Το δεύτερο πρόβλημα σ' αυτή την περιοχή είναι αυτό της σχέσης μεταξύ πόνου και ανησυχίας σε κλινικό επίπεδο. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό με το μικρότερο παιδί το οποίο δεν είναι σε θέση να ξεχωρίσει εύκολα αυτά τα δύο (Katz et al 1980).

**Χρήση τεχνικών αυτό-αναφοράς** (η μαρτυρία του ίδιου του παιδιού για τον πόνο του)

Υπάρχουν επίσης δύο πτυχές σ' αυτό το πρόβλημα: η πρώτη είναι το επίπεδο γνωστικής και γλωσσικής ανάπτυξης του παιδιού. Αυτή επηρεάζει την ικανότητα του να κατανοήσει ερωτήσεις και να εκφράσει την εμπειρία του πόνου του ξεκάθαρα, (Carter 1994). Διαφορετικές λεκτικά μέθοδοι αυτό-αναφοράς χρειάζονται για κάθε επίπεδο ανάπτυξης, (McGrath and Unruh, 1994). Το δεύτερο πρόβλημα είναι της προκατάληψης από την κατάσταση του πόνου. Υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που μπορούν να επηρεάσουν την αναφορά που δίνει το παιδί με τέτοιο τρόπο ώστε ο πόνος να μεγαλοποιείται ή να υποβιβάζεται προκειμένου να κερδίσει ή επιπλέον φάρμακα ή να αποφύγει κάποια φάρμακα η χορήγηση είναι ενδομυϊκά για παράδειγμα, (Eland and

Anderson 1977). Επίσης μπορεί να υπάρχουν διαφορετικές αποκρίσεις σε διαφορετικούς τύπους ερωτήσεων, ανοιχτές παρά κλειστές ερωτήσεις για παράδειγμα.

## **ΕΝΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Έχοντας υπ' όψιν όσα προαναφέρθηκαν, προτείνουμε τη δημιουργία ενός μοντέλου, το οποίο θα βασίζεται σε κοινωνικοψυχολογικές αποδείξεις και παράγοντες, που θα πρέπει να διευκολύνει την φροντίδα των παιδιών σε πόνο όπως υποστηρίχτηκε από τους McGrath (1993), Gaffney (1993) and McGrath and Unruh (1994). Οι επόμενοι παράγοντες θα πρέπει να συμπεριληφθούν σε ένα τέτοιο μοντέλο:

- Αναπτυξιακά μοτίβα γνωστικής ανάπτυξης που ακολουθούν ότι ορίστηκε από τον Riaget (όχι απαραίτητα ηλικιακά σχετιζόμενα) αλλά τροποποιημένα σύμφωνα με τα ευρήματα νεώτερων ερευνών.
- Αναπτυξιακά μοτίβα αντίληψης του πόνου και απαντήσεων (όμοια μ' αυτά που αναγνώρισαν οι Gaffney and Dunne, 1986).
- Ιδέες από τη θεωρία επεξεργασίας πληροφοριών (Information processing) όπως αυτή εφαρμόζεται στη γνωστική ανάπτυξη.
- Ιδέες από το μοντέλο του Vygotsky της κοινωνικής και γλωσσικής αλληλεπίδρασης.
- Ιδέες που αντλούνται από τη μελέτη της νευροφυσιολογίας και φαρμακολογίας του πόνου.

Έτσι το μοντέλο όπως παρουσιάστηκε προτείνει ότι οι περιοχές που σχετίζονται με την διαχείριση των πληροφοριών και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις θα πρέπει να συνδυάζονται με φαρμακολογία και τη

θεραπευτική προκειμένου να καθοριστούν οι ανάγκες των παιδιών, οι οποίες εξαρτώνται από το επίπεδο της γνωστικής τους ανάπτυξης.

Υπάρχει ο κίνδυνος να είμαστε πολύ αυστηροί στο να χρησιμοποιούμε την ηλικία σαν κριτήριο ανάπτυξης σε μια πολύ απλοποιημένη ερμηνεία του μοντέλου του Piaget. Το επίπεδο αντίληψης του κάθε παιδιού καθώς και η ικανότητα του να εκφράζει τον πόνο του θα πρέπει να εκτιμάται. Στη συνέχεια, κατάλληλα επίπεδα πληροφόρησης, κοινωνικής αλληλεπίδρασης και τύποι φαρμακολογικής παρέμβασης θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για την φροντίδα του παιδικού πόνου.

Τεχνικές για αξιολόγηση του πόνου έχουν δημιουργηθεί και αναπτύσσονται συνέχεια. Αυτές οι τεχνικές έχουν σχεδιαστεί εν μέρει για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των παιδιών σε διάφορα στάδια αντίληψης και επικοινωνίας. Σε συνεργασία με αυτά είναι επίσης σημαντικό να βασιστούμε σε πληροφορίες από αυτούς που έχουν στενές κοινωνικές σχέσεις με το παιδί, για παράδειγμα γονείς ή μεγαλύτερα αδέρφια προκειμένου να βοηθηθούμε στην κατανόηση της εμπειρίας του παιδιού και επίσης προκειμένου να βοηθήσουμε το παιδί να καταλάβει της πληροφορίες για την αρρώστια και τους παράγοντες που συνεισφέρουν στον πόνο και στη φροντίδα του πόνου.

Οι κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις, που υποστηρίζουν το παιδί είναι πολύ σημαντικά με πολλούς τρόπους στην αξιολόγηση του πόνου στο παιδί.

Οι γονείς, ειδικότερα, αν προετοιμαστούν κατάλληλα από τους νοσηλευτές, μπορούν να βοηθήσουν σαν συνδετικοί κρίκοι ανάμεσα στο παιδί και τους επαγγελματίες υγείας και παρέχουν την υποστήριξη «scaffolding» βοηθώντας το παιδί να κατανοήσει καλύτερα το φαινόμενο του πόνου του και να τον αντιμετωπίσει αποτελεσματικότερα (cope).

## Πρόταση

Προτείνουμε μια δίπτυχη προσέγγιση σε ένα πρόγραμμα υλοποίησης και αξιολόγησης του μοντέλου.

Η πρώτη πτυχή αφορά την ανάπτυξη ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για νοσηλευτές σχετικά με τα στοιχεία του μοντέλου και τις δεξιότητες που σχετίζονται μ' αυτό. Θα περιλαμβάνει προετοιμασία των νοσηλευτών να εκπαιδεύσουν τους γονείς στο ρόλο τους και επίσης εκπαίδευση του παιδιού.

Η δεύτερη πτυχή αφορά την ανάπτυξη του προγράμματος και υλικού που αφορά τους γονείς και το παιδί. Τα υλικά θα περιλαμβάνουν:

- Πρωτόκολλα που θα βοηθούν τους νοσηλευτές να κατανοούν το επίπεδο κατανόησης και εμπειρίας του παιδιού.
- Πληροφορίες σε διάφορους τύπους ανάλογα με το επίπεδο εξέλιξης του παιδιού.
- Πληροφορίες σε διάφορους τύπους για να βοηθήσουν τους γονείς να συνεργαστούν με τους επαγγελματίες στη διαδικασία της φροντίδας του πόνου.

Ακολουθώντας την ανάπτυξη αυτών των προγραμμάτων προτείνεται η υλοποίηση και αξιολόγηση τους με μια ημιπειραματική έρευνα.

### **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

Μάτζιου Β. – Κυρίτση Ε. – Κτενάς Ε. – Μελίδου Ν. – Θεολογίδου Σ.  
19<sup>ο</sup> Νοσηλευτικό Συνέδριο 1992 Ρόδος

Ο πόνος ένα πανάρχαια βιολογικό φαινόμενο αναγνωρίζεται ως ένας από τους αρχαιότερους εχθρούς του ανθρώπου. Εμφανίζεται στον άνθρωπο πολυδιάστατος, άλλοτε ως ένας σημαντικός αμυντικός μηχανισμός, όπου, τις περισσότερες φορές ειδικά στα μικρά παιδιά λειτουργεί σαν σηματοδότης κινδύνου του οργανισμού, και άλλοτε

μπορεί να αποβεί μέσο απόκτησης δύναμης, βάθους και αληθινής σοφίας καθώς και να προσφέρει ευκαιρία για ηρωισμό. Στην αρνητική του διάσταση ο πόνος γίνεται ταπεινωτικός και απάνθρωπος, μειώνει την έννοια της αυτοεκτίμησης και καθιστά τον άνθρωπο, αδύναμο και εξαρτημένο.

Η διεθνής οργάνωση για τη μελέτη του πόνου (IASP) το 1979, ορίζει τον πόνο σαν μια δυσάρεστη εμπειρία, αισθητική και συγκινησιακή που έχει σχέση με υπάρχουσα ή δυναμένη να υπάρξει ιστική βλάβη ή που περιγράφεται σαν μια τέτοια βλάβη.

Όσον αφορά το άρρωστο παιδί ο παραπάνω ορισμός έχει διάφορες προσεγγίσεις.

Ανεξάρτητα από την ηλικία το παιδί που βρίσκεται στο νοσοκομείο, συχνά βιώνει άγχος γύρω από τις επώδυνες διαδικασίες θεραπείας. Ο εγωκεντρισμός και η φαντασία που είναι χαρακτηριστικά της προσχολικής ηλικίας, το οδηγούν να θεωρεί τον εαυτό του ως αιτία του πόνου του. Επί πλέον τα παιδιά βιώνουν για περισσότερο χρόνο το άγχος του πόνου, καθώς δεν μπορούν να αντιληφθούν πότε μία ανησυχία θα τελειώσει, ούτε μπορούν να καταλάβουν ότι μία επώδυνη διεργασία σχετίζεται με μελλοντική ίαση.

Έχουν γίνει πολλές μελέτες με παιδιά σχολικής ηλικίας σχετικά με την αντίληψη που έχουν για τον πόνο και έχει βρεθεί ότι έχουν μια σαφέστερη κατανόηση και περιγραφή του πόνου τους. Η Schuttz σε μία εργασία της ρώτησε 74 παιδιά ηλικίας 10-11 χρόνων, τι νόημα έχει ο πόνος γι' αυτά και βρήκε ότι σε όλα τα παιδιά, ο πόνος προκαλούσε φόβο και βλάβη του σώματος και φόβο θανάτου.

Οι Ross και Ross μελέτησαν επίσης έναν μεγάλο αριθμό υγιών παιδιών (n = 994) ηλικίας 5-12 χρόνων για να βρουν τι γνώριζαν για τον πόνο. Τα περισσότερα παιδιά εξομοίωναν τον πόνο με δυσφορία και δεν μπορούσαν να βρουν οτιδήποτε σχετιζόμενο θετικά με τον πόνο. Το 70%

αυτών των παιδιών χρησιμοποίησαν ποικιλία περιγραφών, που δείχνει ότι αν ερωτηθούν με έναν κατάλληλο για την ηλικία τους τρόπο, μπορούν επαρκώς να περιγράψουν τον πόνο τους.

Οι Beyer και συν: μελέτησαν τον μετεγχειρητικό πόνο στα παιδιά και βρήκαν ότι τα παιδιά παίρνουν λιγότερη ή και ελάχιστη αναλγησία ακόμα και σε μεγαλύτερης βαρύτητας επεμβάσεις. Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχουν λανθασμένες απόψεις όσον αφορά την αντίληψη και την εμπειρία του πόνου από τα παιδιά.

Οι νοσηλευτές προκειμένου να αξιολογήσουν τον πόνο στα παιδιά ανεξάρτητα από την αιτιολογία του, οφείλουν να γνωρίζουν τον τρόπο που τα παιδιά αντιλαμβάνονται και εκφράζουν τον πόνο. Η αντίληψη και η έκφραση του πόνου εξαρτάται από την βιολογική - νοητική - συναισθηματική ωρίμανση του παιδιού ενώ παράλληλα συμμετέχουν επιπρόσθετοι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες.

Στο πρόγραμμα ανακούφισης και αντιμετώπισης του πόνου πρέπει να συμμετέχουν και οι γονείς του παιδιού διότι προσφέρουν σημαντική βοήθεια όταν ενημερωθούν σωστά και υπεύθυνα για το ρόλο τους από τους νοσηλευτές.

Σήμερα με τη λειτουργία των μονάδων βραχείας νοσηλείας στα παιδιατρικά νοσοκομεία έχει περιορισθεί σε μία ημέρα η παραμονή των παιδιών στο νοσοκομείο που έχουν υποβληθεί σε μικρές και όχι σοβαρές επεμβάσεις. Στις περιπτώσεις αυτές οι γονείς είναι εκείνοι που θα εκτιμήσουν και θα αντιμετωπίσουν τον μετεγχειρητικό πόνο στο σπίτι, αυτό αποτέλεσε και την αφορμή για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

**Σκοπός** της μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν ο μετεγχειρητικός πόνος των παιδιών, που υποβλήθηκαν σε μικρές επεμβάσεις, αντιμετωπίζεται επαρκώς μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

### **Υλικό και Μέθοδος:**

Το υλικό αποτέλεσαν 90 παιδιά (50 αγόρια και 40 κορίτσια) με μέση ηλικία 10,7 χρόνων που υποβλήθηκαν σε μικρές επεμβάσεις και νοσηλεύθηκαν για μία ημέρα στη μονάδα βραχείας νοσηλείας του Νοσ. Παίδων Παν. και Αγλ. Κυριακού από το Φεβρουάριο του 1998 έως και τον Ιούλιο του 1998. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με συνέντευξη μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με το ίδιο το παιδί, αφού είχαν ενημερωθεί γι' αυτό προεγχειρητικά τα ίδια τα παιδιά και οι γονείς τους. Τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών είχαν καταγραφεί κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο και έγινε προσπάθεια οι ερωτήσεις που θα γίνονταν τηλεφωνικά να είναι σύντομες και να αφορούν την ενημέρωση για τον μετεγχειρητικό πόνο, και την αντιμετώπιση του με την επιστροφή του ασθενούς στο σπίτι.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS και η αξιολόγηση με το  $X^2$  test.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 90 παιδιά τα οποία σε ποσοστό 55,6% ήταν αγόρια και 44,4% κορίτσια κατά μέσο όρο ηλικίας 10,7 με τυπική απόκλιση 2,5 (Πίνακας 1).

Οι γραμματικές γνώσεις των γονέων ήταν περίπου της ίδιας κατανομής και συγκεκριμένα του πατέρα σε ποσοστό 60% ήταν Δημοτικού και Λυκείου, 14% ΤΕΙ και το υπόλοιπο 26% Π.Ε. Αντίστοιχα της μητέρας 76% Δημοτικό και Λύκειο, 2% ΤΕΙ και 22% Π.Ε.

Σε ποσοστό 51% τα παιδιά δεν περίμεναν ότι θα πονέσουν στην εγχείρηση ενώ το 49% ανέμενε τον πόνο.

Το 82% των παιδιών δεν είχαν ενημερωθεί για τον πόνο ενώ στο 18% είχε αναφερθεί το ενδεχόμενο του πόνου.



Όσον αφορά τις πηγές πληροφόρησης για τον μετεγχειρητικό πόνο, όπως φαίνεται στον πίνακα 2, το 80% των παιδιών δεν είχε ενημερωθεί από κανέναν, ενώ η κυριότερη πηγή ενημέρωσης είναι οι γονείς για τα παιδιά τους, ποσοστό 14%, και δεύτερη πηγή ενημέρωσης αποτελεί ο νοσηλευτής σε ποσοστό 6%.

Το 43,3% των γονιών διαθέτουν φάρμακα στο σπίτι για την αντιμετώπιση του πόνου. Οδηγίες για την αντιμετώπιση του πόνου δίνονται σε ποσοστό 54,4% και το ίδιο ποσοστό ομολογεί ότι οι συμβουλές αυτές βοήθησαν στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου.

Περίπου το 1 στα 3 παιδιά (28%) πόνεσε περισσότερο από όσο ανέμενε. Ο πόνος, ως επί το πλείστον, μετά την εγχείρηση παρουσιάζεται αμέσως μετά το ξύπνημα, όπως αναφέρει το 60% των παιδιών, εκ των οποίων το 9% δηλώνει ότι ο πόνος ήταν μεγάλος, το 16% περίπου μέτριος και το 39% μικρός.

Παρ' όλο τον πόνο το 75% των παιδιών δεν παίρνει παυσίπονα και από αυτά που αντιμετώπιζαν τον πόνο φαρμακευτικά, το 16% έκανε χρήση Depon, το 3,3% Ponstan, ενώ τα άλλα παυσίπονα χρησιμοποιούνται με μικρότερες συχνότητες. Το 26% των παιδιών έπαιρναν τα παυσίπονα το πρώτο 24ωρο και μόνο το 40% αναφέρουν ότι τους πέρασε ο πόνος, το 54% αναφέρει λιγότερη ανακούφιση και το υπόλοιπο 6% ότι συνέχισαν να πονούν.

Οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν από τα παιδιά για την αντιμετώπιση του πόνου, ήταν η τηλεόραση σε ποσοστό 42%, η παραμονή στο κρεβάτι 27%, το διάβασμα 20%, ενώ άλλες ενέργειες παρατηρήθηκαν σε μικρότερο ποσοστό (Πίνακας 3).

Από την εφαρμογή του  $\chi^2$  - ελέγχου διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της αναμονής πόνου μετά την εγχείρηση και του βαθμού έντασης του πόνου  $P=0,044$  (Πίνακας 4), όπου διαπιστώνεται

ότι παιδιά που ανέμεναν τον πόνο, πόνεσαν περισσότερο από όσο περίμεναν, συγκριτικά με άλλα παιδιά που δεν ανέμεναν ότι θα πονέσουν.

Η πληροφόρηση δεν φαίνεται να διαφοροποιεί το βαθμό στον οποίο ανέμεναν τα παιδιά να πονέσουν  $P=0,85$  και συγκεκριμένα παιδιά στα οποία δόθηκαν οδηγίες και επεξηγήσεις πόνεσαν περισσότερο από όσο ανέμεναν ποσοστό 15,6%, ενώ στα παιδιά που δεν δόθηκαν οδηγίες το ποσοστό ανήλθε στο 12,2%. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Στατιστικά σημαντική σχέση παρατηρήθηκε κατά τη συσχέτιση λήψης φαρμάκου και έντασης πόνου  $P=0,002$  (πίνακας 5) όπου φαίνεται ότι η χορήγηση κάποιου παυσίπονου γίνεται σε περίπτωση μεγάλης έντασης πόνου. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης γονιών και ενημέρωσης των παιδιών τους για τον μετεγχειρητικό πόνο  $P=0,86$ . Συγκεκριμένα γονείς με βασική και μέση εκπαίδευση, ενημέρωναν τα παιδιά τους για τον πόνο μετά την εγχείρηση με την ίδια συχνότητα όπως και οι γονείς με τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Ταξινομώντας το πληθυσμό της μελέτης σε παιδιά κάτω των 10 και άνω των 10 χρόνων και συσχετίζοντας με την παρεχόμενη ενημέρωση για μετεγχειρητικό πόνο διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση στη συχνότητα ενημέρωσης μεταξύ των δύο ομάδων ηλικίας,  $P=0,049$  (πίνακας 6). Από τη σύγκριση αυτή φαίνεται ότι τα παιδιά άνω των δέκα χρόνων ενημερώνονται συχνότερα για τον αναμενόμενο πόνο απ' ότι τα παιδιά κάτω των 10 ετών.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Κατανομή των παιδιών ανάλογα με το φύλο

Φύλο	Αριθ. χειρ/νων παιδιών	ποσοστό %
Αγόρια	50	55.6%
Κορίτσια	40	44.4%
Σύνολο	90	100

### ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Πηγή ενημέρωσης για τον αναμενόμενο πόνο κατά την εγχείρηση

Πηγή ενημέρωσης	Αριθμός παιδιών	Ποσοστό %
Ιατρός	2	2.1 %
Νοσηλεύτης	4	4.2%
Γονείς	13	13.8%
Παππούς - γιαγιά	-	-
Κανένας	71	79.9%
Σύνολο	90	100

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Μετεγχειρητικές μη φαρμακευτικές ενέργειες για την αντιμετώπιση του  
πόνου

Ενέργειες	αριθμ. παιδιών	ποσοστό %
Τηλεόραση	50	42.4 %
Παραμονή στο κρεβάτι	32	27.1%
Διάβασμα	23	19.5%
Άλλες ενέργειες	13	11.0%
Σύνολο	118	100%

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Ένταση πόνου σε σχέση με τον αναμενόμενο πόνο

Ένταση πόνου	Αναμονή πόνου		Σύνολο
	Ναι	Όχι	
Μεγαλύτερη	17	8	25
	18.9%	8.9%	27.8%
Μικρότερη	27	38	65
	30%	42.2%	72.2%
Σύνολο	44	46	90
	48.9%	51.1%	100%

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Λήψη φαρμάκου σε σχέση με την ένταση του πόνου

Λήψη φαρμάκου	Ένταση πόνου		Σύνολο
	Μικρή	Μεγάλη	
Κανένα	56	10	66
	63.6%	11.4%	75%
Κάποιο παυσίπονο	11	11	22
	12.5%	12.5%	25%
Σύνολο	67	21	88
	76.1%	23.9%	100%

## ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Ενημέρωση των παιδιών για τον μετεγχειρητικό πόνο σε σχέση με την ηλικία τους

Ηλικία	Ενημέρωση		Σύνολο
	Ναι	Όχι	
≤10	8.5	38.5	47
	5.7%	47.7%	53.4%
>11	7.5	33.5	41
	12.5%	34.1%	46.6%
Σύνολο	16	72	88
	18.2%	81.8%	100%

### Συζήτηση

Η αξιολόγηση του μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά και στη συνέχεια η επαρκής ανακούφιση είναι ένα δύσκολο θέμα και απαιτεί από τους νοσηλευτές κλινική ευαισθησία, και επαρκή γνώση των συμπεριφορών πόνου ανάλογα με την ηλικία του παιδιού.

Από την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης βρέθηκε ότι το 51% των παιδιών δεν περίμεναν να πονέσουν μετεγχειρητικά, αυτό δείχνει ότι περισσότερα από τα μισά παιδιά δεν ενημερώθηκαν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τον μετεγχειρητικό πόνο ή ότι η προσδοκία αυτή των παιδιών ήταν ανάλογη με της προσδοκίες των γονιών τους, όπως απέδειξαν σε μία εργασία τους οι Romsing και Walther - Larsen όπου βρήκαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό γονιών 68%, περίμεναν να έχουν τα παιδιά τους μετεγχειρητικά ήπιο ή μέτριο πόνο. Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό 80% δεν είχε ενημερωθεί σχετικά για τον πόνο μετά την επέμβαση. Αυτό δείχνει ότι οι νοσηλευτές δεν αξιολογούν επαρκώς την ανάγκη των παιδιών για

ενημέρωση σχετικά με τον πόνο. Όταν υπάρχει επικοινωνία μεταξύ νοσηλεύτη και παιδιού και το παιδί μπορεί να επικοινωνήσει λεκτικά είναι εύκολο στους νοσηλευτές να εκμαιεύσουν τις ανησυχίες του παιδιού σχετικά με τον πόνο. Πολλές φορές οι νοσηλευτές είναι σίγουροι ότι οι γονείς θα ενημερώσουν τα παιδιά τους για τον αναμενόμενο πόνο. Αυτό όμως δεν γίνεται διότι αφ' ενός μεν οι γονείς μπορεί να έχουν άγνοια αφ' ετέρου να μην ενημερώνουν τα παιδιά τους φοβούμενοι ότι θα τους προκαλέσουν άγχος ή φοβούνται την αντίδραση του παιδιού.

Οδηγίες από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για το πώς θα αντιμετώπιζαν τον μετεγχειρητικό πόνο δόθηκε στο 54,4% των παιδιών και το ίδιο ποσοστό αναφέρει ότι βοηθήθηκε στην αντιμετώπιση του πόνου. Αυτό δείχνει ότι τα παιδιά είναι καλοί αποδέκτες των οδηγιών και έχουν υψηλό ποσοστό αυτοφροντίδας όταν τους δοθούν οι κατάλληλες πληροφορίες.

Όσον αφορά τη χρήση αναλγητικών βρέθηκε ότι τα παιδιά παρότι πονούν, το 75% δεν χρησιμοποιούν παυσίπονα. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί κατά δύο τρόπους: 1) οι γονείς, και τα παιδιά θεωρούν τον πόνο μετεγχειρητικά δεδομένο και 2) όπως έδειξαν διάφορες έρευνες, αν και το 84% των γονιών επιθυμούν γρήγορη και αποτελεσματική αναλγησία, το 50% μόνο ήθελαν να χορηγήσουν αναλγητικά μόνοι τους.

Το 54% των παιδιών που έκαναν χρήση αναλγητικών, αναφέρουν ότι αισθάνθηκαν ικανοποιητική ανακούφιση. Αυτό οφείλεται τις περισσότερες φορές στη λιγότερη δόση φαρμάκου από την κανονική και στο χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των λήψεων του φαρμάκου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για την αντιμετώπιση του πόνου τα παιδιά χρησιμοποίησαν μη φαρμακευτικές μεθόδους, όπως την τηλεόραση και το διάβασμα σε ποσοστό 42% και 20% αντίστοιχα. Έχει βρεθεί ότι ορισμένες ενασχολήσεις όπως η τηλεόραση, το διάβασμα, η ακρόαση μουσικής και άλλα στοχεύουν στην απόσπαση της προσοχής και έχουν

καλά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του πόνου. Το παιδί πρέπει να βοηθείται ώστε να βρίσκει τις συγκεκριμένες και σωστές αντικαταστάσεις που του προκαλούν σιγουριά.

Από τα στατιστικά αποτελέσματα βρέθηκε ότι άτομα που ανέμεναν τον πόνο πόνεσαν περισσότερο από όσο περίμεναν συγκριτικά με τα παιδιά που δεν ανέμεναν ότι θα πονέσουν. Στη προκειμένη περίπτωση πιθανόν η ενημέρωση που έγινε στα παιδιά σχετικά με την ένταση του πόνου να ήταν πλημμελής καθώς επίσης είναι δυνατόν με το είδος της ενημέρωσης να αυξήθηκε το άγχος των παιδιών με αποτέλεσμα να ενισχύεται και η ένταση του πόνου.

Τέλος βρέθηκε ότι τα παιδιά πάνω των 10 χρόνων ενημερώνονται συχνότερα με στατιστικά σημαντική διαφορά από τα μικρότερα των 10 χρόνων. Αυτό το αποτέλεσμα λογικά είναι αναμενόμενο διότι στα μεγαλύτερα παιδιά υπάρχει η λεκτική επικοινωνία και η έκφραση της αισθητικής συνιστώσας σχετικά με τον πόνο.

### **Συμπεράσματα**

1. Το μεγαλύτερο ποσοστό, των παιδιών δεν ενημερώνεται για τον μετεγχειρητικό πόνο.
2. Η ενημέρωση που παρέχεται για τον μετεγχειρητικό πόνο γίνεται από τους γονείς και ελάχιστα από τους νοσηλευτές και γιατρούς.
3. Η ενημέρωση των παιδιών και των γονιών συμβάλλουν θετικά στην αντιμετώπιση του πόνου.

### **Υλικό – μέθοδος:**

Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (Π.Γ.Ν.Η.). Σαν μεθοδολογικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από το γραφείο Στατιστικής Υπηρεσίας του Π.Γ.Ν.Η. για την Παιδοχειρουργική Κλινική, τα οποία αφορούσαν την νοσηλευτική κίνηση στη συγκεκριμένη κλινική για τα έτη από 1992-2002. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τα Μητρώα της Παιδοχειρουργικής Κλινικής του Π.Γ.Ν.Η. για τα έτη 2002 και ως τον Αύγουστο του 2003. Συγκεκριμένα καταγράφηκαν όλα τα περιστατικά που νοσηλεύτηκαν στην Παιδοχειρουργική Κλινική κατά τη χρονική αυτή περίοδο. Καταγράφηκαν οι ηλικίες των παιδιών και το φύλο τους και έγινε επεξεργασία των στοιχείων αυτών σε Η/Υ κατά ηλικιακές ομάδες και φύλο.

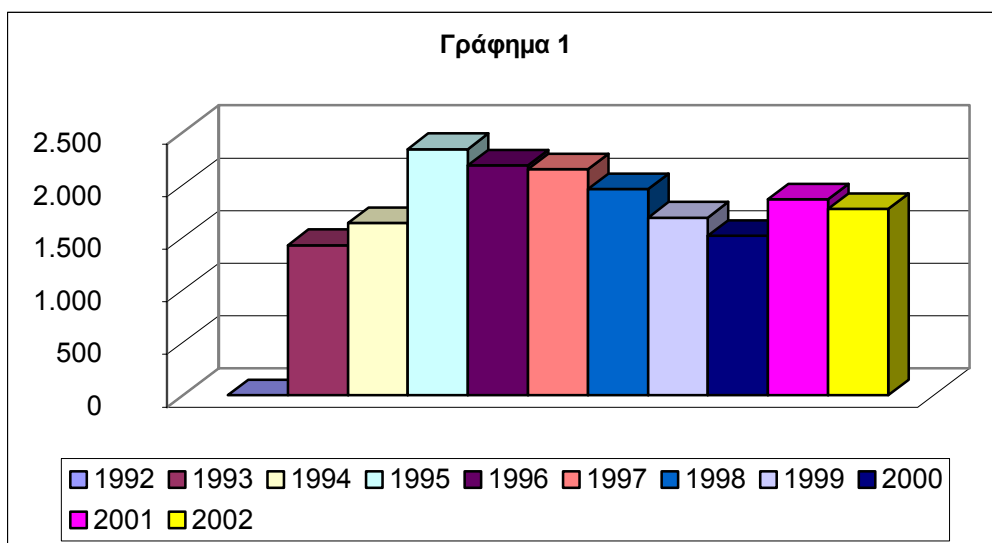


## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Πίνακας 1

Κίνηση του έκτακτου εξωτερικού παιδοχειρουργικού ιατρείου σε ετήσια χρονολογική σειρά από το έτος 1992 έως 2002

Έτος	1992*	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αρ. παιδιών	0	1.429	1.640	2.343	2.189	2.152	1.862	1.691	1.520	1.864	1.772

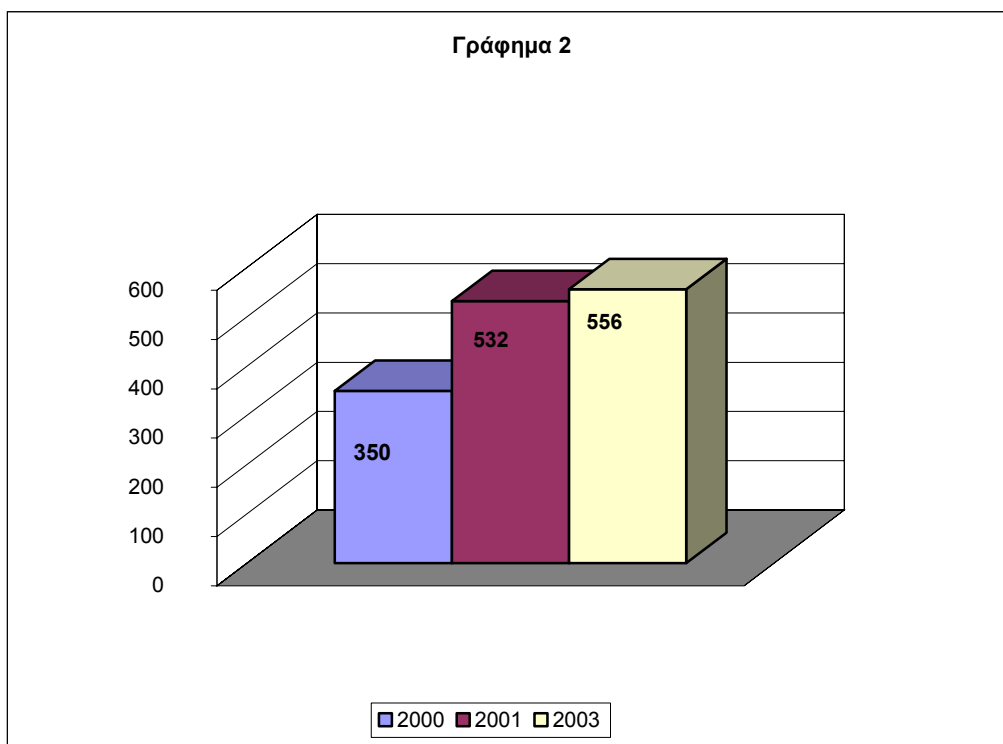


\* Το έκτακτο εξωτερικό παιδοχειρουργικό ιατρείο άρχισε να λειτουργεί το έτος 1993

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Εισαγωγές παιδιών από τα ΤΕΠ στη Παιδοχειρουργική Κλινική κατά τα έτη 2000-2002

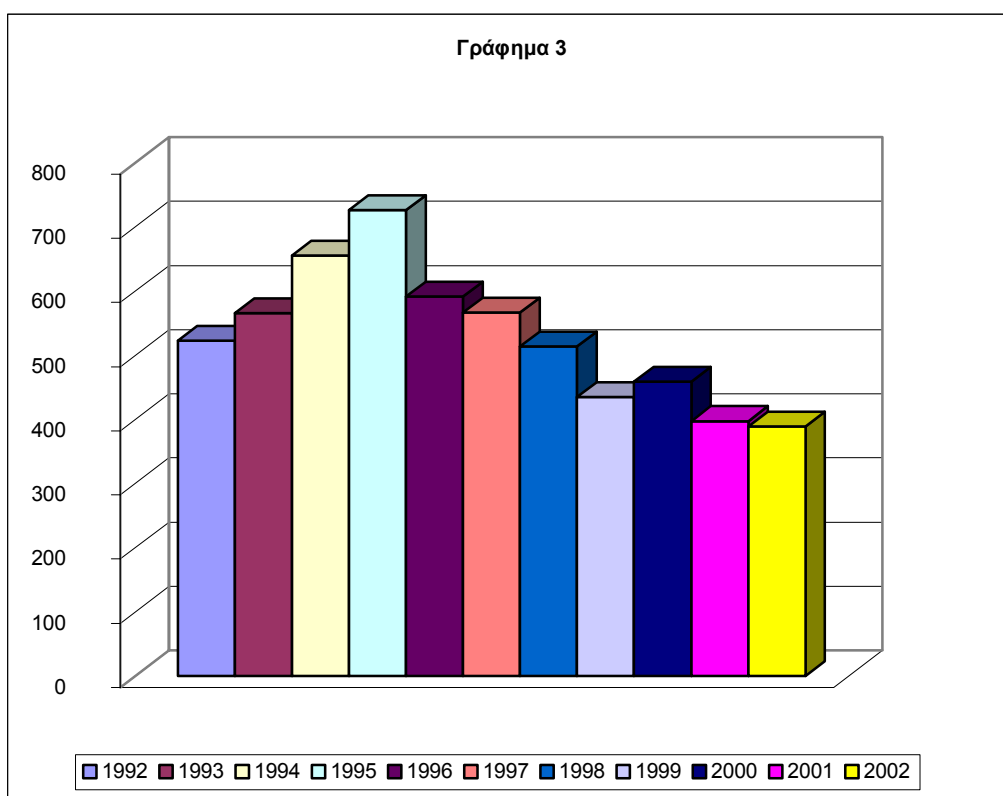
Έτος	2000	2001	2002
Αρ. παιδιών	350	532	556



### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Κίνηση χειρουργείων Παιδοχειρουργικής κλινικής σε ετήσια  
χρονολογική σειρά από 1992-2002

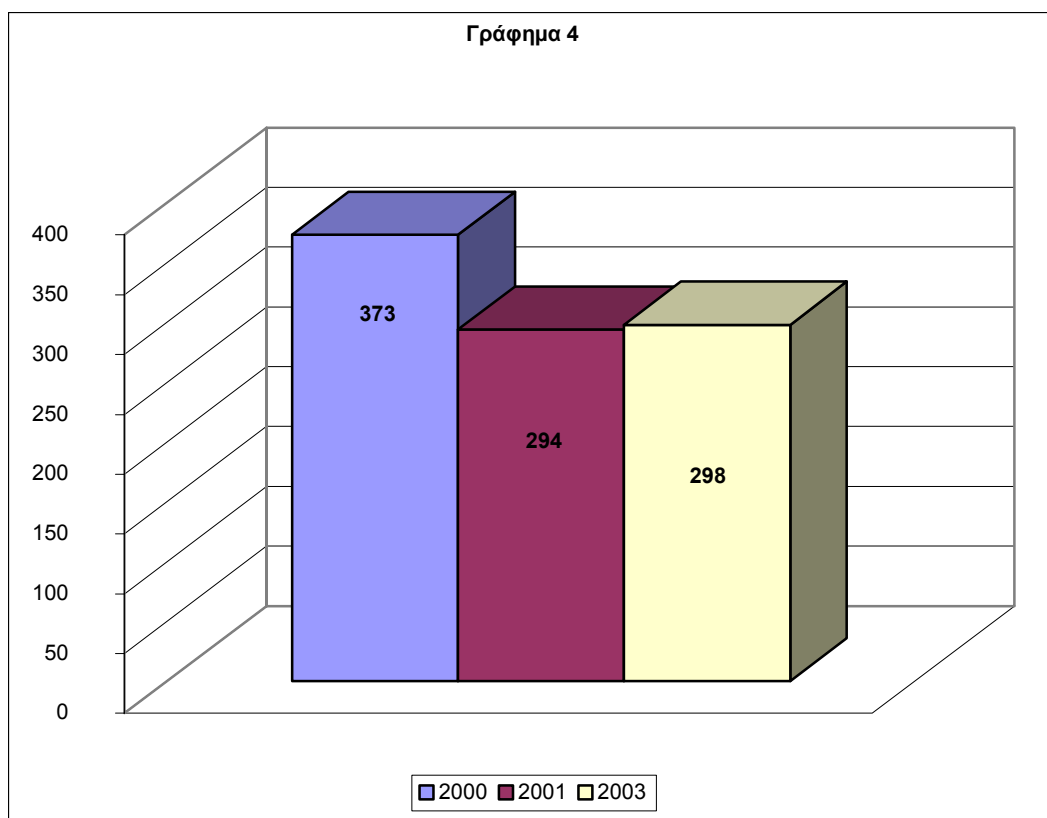
Έτος	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αρ. παιδιών	523	566	656	727	592	567	514	435	459	398	390



#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Παιδοχειρουργικές επεμβάσεις από τακτικά ιατρεία  
κατά τα έτη 2000-2002

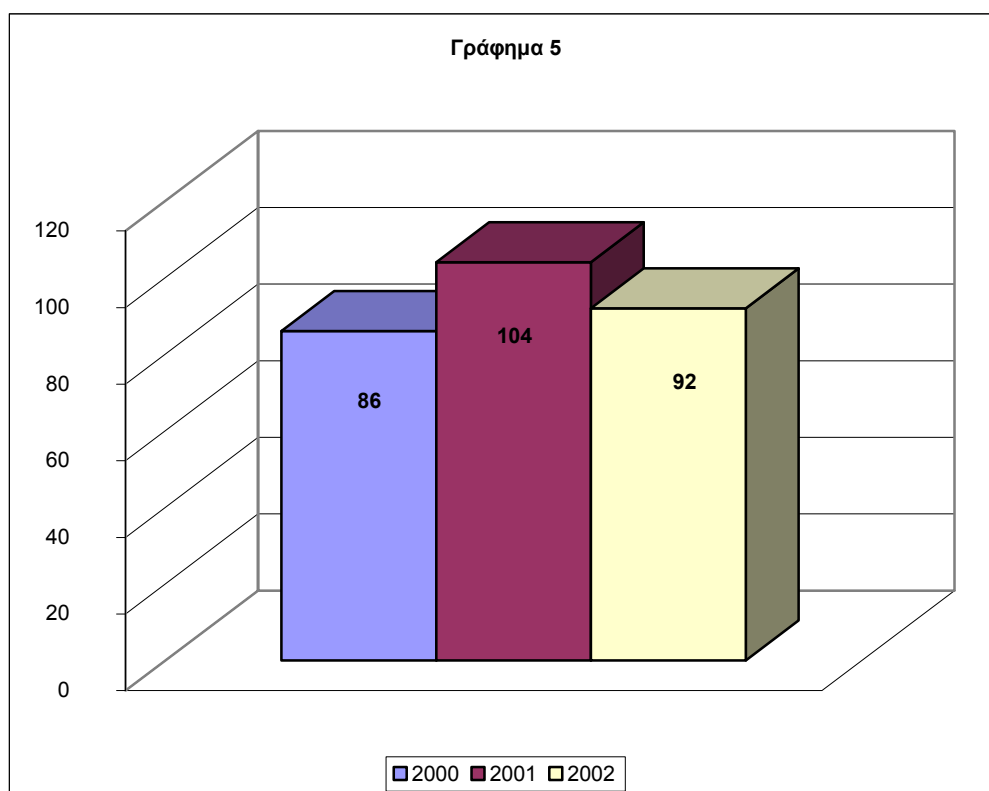
Έτος	2000	2001	2002
Αρ. παιδιών	373	294	298



## ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Παιδοχειρουργικές επεμβάσεις από τα έκτακτα ιατρεία  
κατά τα έτη 2000-2002

Έτος	2000	2001	2002
Αρ. παιδιών	86	104	92



## ΠΙΝΑΚΑΣ 6

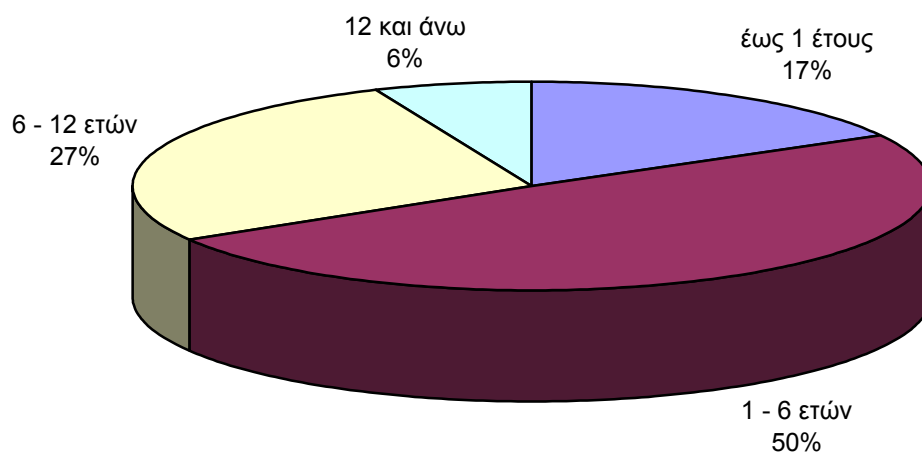
Νοσηλευτική κίνηση στη Παιδοχειρουργική κλινική του Π.Γ.Ν.Η.  
κατά τα έτη 1992 έως 2002

Έτος	Νοσηλευθέντες ασθενείς	Ημέρες νοσηλείας	Μέση διάρκεια νοσηλείας
1992	862	1.896	2,2
1993	837	1.848	2,2
1994	846	3.663	4,3
1995	1.288	5.335	4,1
1996	1.262	5.315	4,2
1997	1.153	5.261	4,6
1998	1.094	4.789	4,4
1999	1.081	4.567	4,2
2000	1.126	4.368	3,9
2001	1.087	4.631	4,3
2002	1.262	4.927	3,9

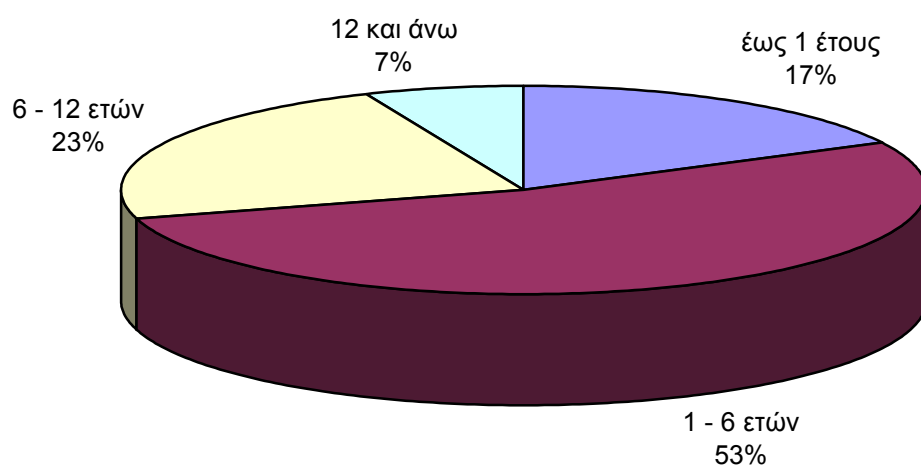
## ΠΙΝΑΚΑΣ 7

<b>Νοσηλευθέντες στη Παιδοχειρουργική Κλινική του Π.Γ.Ν.Η. κατά ηλικιακές ομάδες και χειρουργικές επεμβάσεις κατά τη χρονική περίοδο από Ιανουάριο 2002 έως Αύγουστο 2003</b>												
<b>Χειρουργικές επεμβάσεις</b>	<b>έως 1 έτους</b>			<b>1 - 6 έτους</b>			<b>6 – 12 έτους</b>			<b>12 έτους και άνω</b>		
	<b>A</b>	<b>K</b>	<b>Σ</b>	<b>A</b>	<b>K</b>	<b>Σ</b>	<b>A</b>	<b>K</b>	<b>Σ</b>	<b>A</b>	<b>K</b>	<b>Σ</b>
Βουβωνοκήλη	30	3	33	95	26	121	21	4	25	5	-	5
Υδροκήλη	2	-	2	20	-	20	4	-	4	2	-	2
Σκωληκοειδίτις	-	-	-	12	9	21	44	12	56	11	1	12
Κιρσοκήλη	1	-	1	2	-	2	3	-	3	2	-	2
Ομφαλοκήλη	-	-	-	-	-	-	8	1	9	-	-	-
Ουλώδη φίμωση	2	-	2	18	-	18	15	-	15	2	-	2
Κρυμορχία	1	-	1	20	-	20	12	-	12	1	-	1
Πεικός υποσπαδίας	5	-	5	18	-	18	10	-	10	3	-	3
Πυλωρική στένωση	17	9	26	3	7	10	-	-	-	-	-	-
Στένωση οισοφάγου	1	-	1	15	-	15	-	-	-	-	-	-
Περιεδρικό απόστημα	3	-	3	5	-	5	-	-	-	1	-	1
Κύστη κόκυγγα	-	-	-	3	3	6	-	-	-	-	3	3
Συγγενής σπίλος	-	-	-	2	-	2	2	4	6	1	-	1
Συστροφή όρχεος	2	-	2	1	-	1	1	-	1	-	-	-
Συστροφή ωοθήκης	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1
Ειλεός	1	2	3	1	1	2	1	-	1	-	-	-
Εγκολεασμός	9	2	11	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Λιθίαση χοληδόχου κύστης	-	-	-	1	1	2	1	-	1	-	1	1
Χαλινός γλώσσας	-	-	-	3	1	4	-	-	-	-	-	-
Ατρησία δωδεκαδακτύλου	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Μεγάκολο	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
<b>Σύνολα</b>	<b>76</b>	<b>16</b>	<b>92</b>	<b>221</b>	<b>49</b>	<b>270</b>	<b>122</b>	<b>21</b>	<b>143</b>	<b>28</b>	<b>6</b>	<b>34</b>

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΓΟΡΙΑ



### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙΑ





## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τον πίνακα 1 η κίνηση του έκτακτου Παιδοχειρουργικού ιατρείου κατά έτος από το 1992 έως το 2002 έχει ως εξής: ενώ η λειτουργία της κλινικής άρχισε το 1992 το έκτακτο Παιδοχειρουργικό ιατρείο άρχισε να λειτουργεί το 1993. Έτσι το 1993 εξετάστηκαν 1.429 άτομα, το 1994 1.640, το 1995 2.343, το 1996 2.189, το 1997 2.152, το 1998 1.862, το 1999 1.691, το 2000 1.520, το 2001 1.864 και το 2002 1.772 άτομα.

Στον πίνακα 2 αναφέρονται οι εισαγωγές στη παιδοχειρουργική κλινική από το τμήμα επειγόντων περιστατικών κατά τα έτη 2000-2002. Έτσι το 2000 έχουμε 350 εισαγωγές το 2001 532 και το 2002 556.

Η κίνηση των χειρουργείων παιδοχειρουργικής κλινικής ανά έτος κατά τη χρονική περίοδο από 1992-2002 σύμφωνα με τον πίνακα 3 είναι: το 1992 523 παιδιά, το 1993 566, το 1994 656, το 1995 727, το 1996 592, το 1997 567, το 1998 514, το 1999 435, το 2000 459, το 2001 398 και το 2002 390.

Σύμφωνα με τον πίνακα 4 για το έτος 2000 έγιναν 373 παιδοχειρουργικές επεμβάσεις σε παιδιά που πέρασαν από τα Τακτικά Ιατρεία για το έτος 2001 έγιναν 294 επεμβάσεις και το 2002 298 αντίστοιχα.

Στον πίνακα 5 αναφέρονται οι παιδοχειρουργικές επεμβάσεις που έγιναν σε παιδιά που πήγαν στα έκτακτα ιατρεία. Έτσι για το έτος 2000 έχουμε 86 επεμβάσεις, για το 2001 104 και το 2002 92 επεμβάσεις.

Στον πίνακα 6 σύμφωνα με στοιχεία που πήραμε από το γραφείο Στατιστικής Υπηρεσίας του Π.Γ.Ν.Η. τα οποία αφορούν την νοσηλευτική κίνηση της νοσηλευτικής κλινικής για τη χρονική περίοδο από το 1992-2002 προκύπτουν τα ακόλουθα αποτελέσματα. Για το έτος 1992 νοσηλεύτηκαν 862 ασθενείς για 1.896 ημέρες με μέση διάρκεια

νοσηλείας 2,2. Το 1993, 837 ασθενείς για 1.848 ημέρες με Μ.Δ.Ν. 2,2. Το 1994, 846 ασθενείς για 3.663 ημέρες με Μ.Δ.Ν. 4,3. Το 1995, 1.288 ασθενείς για 5.335 ημέρες με Μ.Δ.Ν. 4,1. Το 1996, 1.262 ασθενείς για 5.315 ημέρες με Μ.Δ.Ν. 4,2. Το 1997, 1.153 ασθενείς για 5.261 ημέρες με Μ.Δ.Ν. 4,6. Το 1998, 1.094 ασθενείς για 4.789 ημέρες με Μ.Δ.Ν. 4,4. Το 1999, 1.081 ασθενείς για 4.567 ημέρες με Μ.Δ.Ν. 4,2. Το 2000, 1.126 ασθενείς για 4.368 ημέρες με Μ.Δ.Ν. 3,9. Το 2001, 1.087 ασθενείς για 4.631 ημέρες με Μ.Δ.Ν. 4,3. Και το 2002, 1.262 ασθενείς για 4.927 ημέρες με Μ.Δ.Ν. 3,9.

Και τέλος σύμφωνα με τα στοιχεία που πήραμε από τα μητρώα της Παιδοχειρουργικής Κλινικής Π.Γ.Ν.Η. για τη χρονική περίοδο από Ιανουάριο 2002 έως Αύγουστο 2003, τα οποία αφορούν την ηλικία, το φύλο και την διάγνωση των παιδιών που νοσηλεύθηκαν και αφού τα χωρίσαμε σε ηλικιακές ομάδες έχουμε τα ακόλουθα αποτελέσματα. Στην ηλικιακή ομάδα έως 1 έτους νοσηλεύθηκαν 92 παιδιά εκ των οποίων τα 76 ήταν αγόρια και τα 16 κορίτσια. Στην ομάδα 1 έως 6 έτους νοσηλεύθηκαν 270 παιδιά εκ των οποίων τα 221 ήταν αγόρια και τα 49 κορίτσια. Στην ομάδα 6 έως 12 έτους νοσηλεύθηκαν 143 παιδιά εκ των οποίων τα 122 ήταν αγόρια και τα 21 κορίτσια. Και τέλος στην ομάδα 12 έτους και άνω νοσηλεύθηκαν 34 παιδιά εκ των οποίων τα 28 ήταν αγόρια και τα 6 κορίτσια.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η νοσοκομειακή περίθαλψη ενός παιδιού ότι και να λέγεται, βιώνεται πάντα ως μια οδυνηρή και γεμάτη άγχος εμπειρία. Ψυχολογικά προβλήματα εμφανίζονται στο παιδί, στην οικογένεια του και στο προσωπικό του νοσοκομείου που συχνά δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένο να αντεπεξέλθει σε αυτά. Σε μια οργανωμένη νοσηλευτική περίθαλψη είναι αξιοσημείωτη η μείωση ψυχολογικών διαταραχών και η επαναφορά φυσιολογικής λειτουργίας του παιδιού.

Μερικές δικές μου προτάσεις που προϋποθέτουν ψυχικό σθένος, επαγγελματισμό και γνήσιο ενδιαφέρον προς το παιδί που ασθενεί είναι:

- ✓ Να φροντίζουμε για την εξασφάλιση άνεσης και αίσθησης ασφάλειας ώστε όσο είναι δυνατόν να μην πονά και να αντιμετωπίζονται λιγότερο οδυνηρά οι μετεγχειρητικές δυσχέρειες που θα παρουσιαστούν στο παιδί.
- ✓ Να βοηθάμε στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας με ευγένεια, ζεστασιά και φροντίδα. Αυτού του είδους η επικοινωνία είναι υγιής και βοηθητική και επιφέρει ακόμη και θεραπευτικά αποτελέσματα.
- ✓ Να ενθαρρύνουμε το παιδί να μας μιλά για τα συναισθήματα του, τους φόβους και τις ανησυχίες του και να απαντάμε με ειλικρίνεια στις απορίες του ώστε να διατηρούνται ανοικτές οι γέφυρες επικοινωνίας.
- ✓ Να ενθαρρύνουμε τις δραστηριότητες του παιδιού που ανταποκρίνονται στην ηλικία του και στο βαθμό που το παιδί μπορεί ν' ανταποκριθεί σ' αυτές, καθώς και τη συναναστροφή με παιδάκια της ηλικίας του.

- ✓ Να εστιάζουμε τη προσπάθεια μας στο να αυξήσουμε την αυτοεκτίμηση και τον αυτοέλεγχο του παιδιού.
- ✓ Να μεριμνούμε για τη διατροφή του παιδιού, να τρώει καλά, σταθερά και να αυξάνει το βάρος του.
- ✓ Να συντονίζουμε το σχέδιο φροντίδας και ψυχολογικής στήριξης των παιδιών αξιοποιώντας τις δυνατότητες που προσφέρουν μέλη απ' την υπόλοιπη ιατρική ομάδα όπως ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές.
- ✓ Να δίδουμε το βάρος στη συνεπή τήρηση της θεραπείας και όχι σε γενικές οδηγίες.
- ✓ Να δίδονται έγκυρες και ακριβής πληροφορίες στους γονείς σχετικά με την κατάσταση του παιδιού τους, τη φροντίδα και τη στήριξη που χρειάζεται.
- ✓ Να υποστηρίζουμε ηθικά τους γονείς και να τους προτείνουμε τρόπους φροντίδας του παιδιού και τρόπους ανάπαυσης δικής τους.
- ✓ Να ενημερώσουμε τους γονείς ότι οι συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού καλύπτονται από τους ίδιους και γι' αυτό πρέπει να βρίσκονται όσο γίνεται πιο κοντά του.
- ✓ Να συμβουλευόμαστε τους γονείς πώς να αξιοποιήσουν τα προγράμματα κοινωνικής βοήθειας και αποκατάστασης προς όφελος του παιδιού.
- ✓ Να συνειδητοποιήσουμε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας είναι καθοριστικός στη θεραπεία και ψυχική υγεία του παιδιού.

Τα παιδιά είναι ότι πιο όμορφο και ελπιδοφόρο υπάρχει στη ζωή γι' αυτό βασική προτεραιότητα και επιτυχία μας θα είναι να ξαναφέρουμε το χαμόγελο στο πρόσωπο τους αποδεικνύοντας πως η αγάπη μαζί με την εφαρμογή των σωστών επαγγελματικών δεξιοτήτων κάνει θαύματα.

1. Marcel Bettex - Francois Kuffer - Alois Scharli  
*"ΕΠΙΤΟΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ"*  
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ
2. ΧΡ. ΚΑΣΙΜΟΣ - Γ. ΚΡΕΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ - Ι. ΤΣΙΟΥΡΗΣ  
*"ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ"*  
UNIVERSITY STUDIO PRESS
3. Μ. ΠΑΝΟΥ  
*"ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ"*  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1992
4. LUONEL ROSSANT  
*"Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ"*  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΗ 1998
5. NATIONAL STUDENT NURSES ASSOCIATION INCORPORATED  
*"ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΩΝ"*  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ
6. Ι. ΤΣΙΑΝΤΗΣ - Ε. ΤΣΑΝΤΗΡΑ - Ε. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ  
*"ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ"*  
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ 1985
7. Δ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ  
*"ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ"*  
ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ 1995
8. ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ-ΚΡΕΠΙΑ  
*"ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ"*  
ΑΘΗΝΑ 1995
9. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΑΛΑΤΖΗ-ΑΖΙΖΗ  
*"ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ"*  
ΑΘΗΝΑ 1992

10. Ι. ΤΣΙΑΝΤΗΣ 1993  
*"ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ  
ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ"*  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ
11. ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΠΑΝ/ΙΟΥ  
*"ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ"*  
ΑΘΗΝΩΝ 1995
12. Α. ΡΑΓΙΑ  
*"ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ"*  
ΑΘΗΝΑ 1991
13. *"ΗΡΩΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ"*  
Β. ΛΑΝΑΡΑ ΑΘΗΝΑ 1997
14. Β. ΜΑΤΖΙΟΥ  
*"Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ"*  
1993
15. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ  
*"ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ"*  
ΤΟΜΟΣ 30, 1996
16. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
*"ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ"*  
1988
17. Α. ΠΑΠΑΔΑΚΗ  
*"ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ"*  
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ 1992
18. *"ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ – ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ"*  
ΕΠΙΤΟΜΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΛΙΤΣΑΣ 1987
19. Ι. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ  
*"ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ"*  
ΑΘΗΝΑ 1981

20. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ "ΝΕΑ"  
*"ΜΕ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΟΝΤΑΙ ΤΑ ΑΡΡΩΣΤΑ ΠΑΙΔΑΚΙΑ"* 1982
21. Δ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ  
*"Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ"*  
ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ 1995
22. ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ "ΙΑΤΡΙΚΗ" 1994 ΤΟΜΟΣ 65
23. ΠΕΜΠΤΟ ΠΑΓΚΡΗΤΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣ/ΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ  
ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΝ 1990
24. ΔΕΛΤΙΟ Α΄ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ  
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ 2001
25. 6<sup>ο</sup> ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ/ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ  
ΠΡΑΚΤΙΚΑ 1995 ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗ
26. 19<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΠΡΑΚΤΙΚΑ 1992 ΡΟΔΟΣ
27. 23<sup>ο</sup> ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΠΡΑΚΤΙΚΑ 1996 ΚΑΒΑΛΑ
28. 26<sup>ο</sup> ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΠΡΑΚΤΙΚΑ 1999 ΚΕΡΚΥΡΑ.

ΜΕΡΟΣ Α

ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ .....	2
1.1. Η εισαγωγή και παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο .....	6
1.2. Το παιδί και η οικογένεια του κατά τη διάρκεια της ασθένειας.....	21
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.....	55
1.3. Ιδιαιτερότητες στις παιδιατρικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	62

ΜΕΡΟΣ Β

ΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ .....	67
2.1. Τα επείγοντα περιστατικά.....	80
2.2. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	115

ΜΕΡΟΣ Γ

ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ .....	125
3.1. Πριν το χειρουργείο .....	158
3.2. Μετά το χειρουργείο.....	162
3.3. Αξιολόγηση και αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά.....	166
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	184
ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	192
ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	194

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	196
--------------------	-----