

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ-
ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
(Ερευνητική εργασία)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΜΠΑΡΑ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΠΟΡΦΥΡΗ ΚΑΛΑΜΑ

ΠΑΤΡΑ 1991



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4918'
----------------------	-------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες

Πρόλογος

Εισαγωγή

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Ιστορική αναδρομή	1
Στοιχεία νοσοκομειακής κίνησης	3
Παράγοντες που επηρεάζουν την παιδική υγεία	4
Βρεφική και παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα	6
Νοσοκομειακή νοσηρότητα	7
Ιατρικές προϋποθέσεις που επιβάλλουν τη νοσηλεία	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Ιστορικό	10
Παιδί και οικογένεια κατά τη διάρκεια της ασθένειας ..	10
Παιδί και σοβαρή ασθένεια	11
Γονείς και σοβαρή ασθένεια του παιδιού	15
Παιδικά ατυχήματα και νοσηλευτικά προβλήματα	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Ψυχολογικά προβλήματα - προσπάθειες ερμηνείας	22
Νοσοκομειακή νοσηλεία και αποχωρισμός	27
I. Ιδρυματισμός	28
II. Παρουσία ή απουσία της μητέρας	29
III. Εκδηλώσεις αποχωρισμού	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Οργάνωση χώρου-διακόσμηση παιδιατρικού νοσοκομείου . . .	33
Εισαγωγή στο νοσοκομείο (προετοιμασία-εισαγωγή)	34
Επείγουσα εισαγωγή	36
Επίσκεψη γονέων	37
Νοσοκομείο και σχολείο	38
Παιδί και μονάδες νοσηλείας	41
Νοσοκομείο ημέρας	41
Κατ' οίκον νοσηλεία	42
Μονάδα βραχείας νοσηλείας	44
Ψυχολογικά προβλήματα γονέων	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Νοσηλευτική παρέμβαση	48
Ψυχολογική φροντίδα από νοσηλευτικό, ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό	55
Παιγνιοθεραπεία στο νοσηλευόμενο παιδί	64

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ειδικό μέρος	71
Υλικό μελέτης	72
Μέθοδος - Αποτελέσματα	74
Συζήτηση - Συμπεράσματα	129
Περίληψη	140
Παράρτημα I (ερωτηματολόγιο)	141
Βιβλιογραφία	146

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Απευθύνουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στην δίδα Μ. Παπαδημητρίου για την συμβολή της στην πραγματοποίηση της έρευνας που ακολουθεί. Επίσης τους υπεύθυνους της βιβλιοθήκης του νοσοκομείου παιδών "Αγλαία Κυριακού", το "Ινστιτούτο του Παιδιού" στην Αθήνα και τους υπεύθυνους της βιβλιοθήκης του Π.Π.Γ.Ν. Πατρών καθώς και της δημοτικής βιβλιοθήκης Πατρών.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

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

Στην πορεία της έρευνας παρουσιάστηκαν αρκετά προβλήματα που αφορούσαν κυρίως την αρνητική στάση ορισμένων γονέων για τα ερωτηματολόγια, καθώς και τη στάση του προσωπικού ορισμένων τμημάτων των νοσοκομείων.

Ελπίζουμε παρά τα παραπάνω προβλήματα, το λίγο χρονικό διάστημα που είχαμε στη διάθεσή μας, καθώς και τη χιλιομετρική απόσταση που μας χώριζε να καταφέραμε να παρουσιάσουμε κάτι σωστό.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

Βασική προϋπόθεση όμως για την επιτυχία όλων των προγραμμάτων που έχουν κατά καιρούς σχεδιασθεί είναι η παραμονή της μητέρας ή του πατέρα δίπλα στο παιδί. Ο ρόλος της μητέρας είναι πολύ λεπτός αφού αυτή παίζει αναμφισβήτητα πρωταρχικό ρόλο στην ψυχική ισορροπία του παιδιού. Για τους ίδιους λόγους

να επιτρέπεται να φέρνουν τα δικά τους εσώρουχα και πιτζάμες καθώς και τα παιχνίδια τους και ότι αντικείμενο, στο οποίο έχουν ιδιαίτερη κλίση και συμπάθεια για να αισθάνονται άνεση στο νοσοκομείο και να ζούν κατά το δυνατό στον δικό τους κόσμο.

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

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

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Ιστορική αναδρομή

Η έννοια "νοσοκομείο" ως διαγνωστικό και νοσηλευτικό κέντρο είναι πολύ πρόσφατη. Μέχρι το 19ο αιώνα τα νοσοκομεία δεν σήμαιναν στην πραγματικότητα παρά άσυλα προορισμένα για τους ενδεείς, τους ανάπηρους, τα ορφανά ή τα εγκατελελειμμένα παιδιά. Τα άσυλα για παιδιά χρονολογούνται από το Μεσαίωνα αλλά το μόνο πράγμα που εξασφαλιζόταν στα έκθετα παιδιά ήταν μιά άθλια φιλοξενία.

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

Εκείνο που αποτέλεσε την πραγματική επανάσταση και που επέτρεψε να φτάσουμε στα σύγχρονα νοσοκομεία ήταν η ανακάλυψη των μικροβίων και του τρόπου διάδοσης των μολυντών από το 1850 και μετά χάρη στις εργασίες των Pasteur και Davaine. Το 1885 ο Grancher έκανε μιά μελέτη για τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και απέδειξε ότι η μετάδοση των λοιμωδών ασθενειών δεν γινόταν αποκλειστικά κατ' ευθείαν μέσω της αναπνευστικής οδού αλλά και ότι η νοσοκόμα μετέφερε μικρόβια με τα χέρια της. Κατέληξε έτσι στο συμπέρασμα της απομόνωσης των μολυσμένων παιδιών και της αποστείρωσης των μολυσμένων αντικειμένων. Η έρευνα αυτή του Grancher καθώς και του Heubner το 1897 για τις επιδημίες

διάρροιας εδραίωσαν μία νέα αρχιτεκτονική αντίληψη του παιδιατρικού νοσοκομείου. Έτσι οι συνθήκες νοσηλείας γίνονται ανθρώπινες, το νοσοκομείο σταματά να δίνει την εικόνα του στρατώνα. Οι γιατροί αρχίζουν να συνειδητοποιούν την ανάγκη της μείωσης της δαμονής των παιδιών στο νοσοκομείο.

Η Π.Ο.Υ όμως έφερε μία νέα αντίληψη όσον αφορά τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού, που είχαν στο παρελθόν ελάχιστα απασχολήσει τους ερευνητές. Οι εμπειρογνώμονες της Π.Ο.Υ διακήρυξαν ότι οι συναισθηματικές ανάγκες κυριαρχούν του παιδιού και ότι παραβλεπόμενες έχουν σαν συνέπεια την μη ομαλή ψυχοσωματική ανάπτυξη του ατόμου. Οι έρευνες βέβαια συνεχίζονται και νέα αποτελέσματα εμφανίζονται συνεχώς.

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

Βλέπουμε λοιπόν ότι στις παλαιότερες έρευνες δεν υπάρχει καθόλου το ψυχολογικό στοιχείο. Όσο περνάει ο χρόνος οι ερευνητές συνειδητοποιούν ότι είναι πολύ βασική η προετοιμασία για μια πιθανή νοσηλεία από ψυχολογική πλευρά. Αυτό βέβαια είναι απόρροια της λύσης των άλλων βασικών ιατρικών θεμάτων που απασχολούσαν παλιότερα την ανθρωπότητα. Ολοι βέβαια ελπίζουν πως τα αποτελέσματα των μέχρι τώρα ερευνών θα γίνουν ευρύτερα

γνωστά και θα εφαρμοστούν στην πράξη για να μπορούμε να πούμε ότι η νοσηλεία ενός παιδιού δεν θα αλλάξει καθόλου το πρόγραμμα του ή και ακόμα και τη ζωή του.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΚΙΝΗΣΕΩΣ

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

Αυτοί όμως οι αριθμοί δεν είναι σταθεροί γιατί έχουμε σοβαρές διακυμάνσεις από την μία περιοχή στην άλλη, καθώς και "μετανάστευση" παιδιών από μία περιοχή, σε άλλη με υπηρεσίες πολύ πιο εξειδικευμένες. Βέβαια παρατηρούμε υπερουνωστισμό στις παιδιατρικές κλινικές το χειμώνα ενώ το καλοκαίρι γίνονται πολύ λίγες εισαγωγές. Παράλληλα μειώνεται και ο χρόνος διαμονής στο νοσοκομείο. Η σταδιακή μείωση της διάρκειας νοσηλείας αντανακλά κατά ένα μεγάλο ποσοστό τις προόδους που έγιναν στους χώρους της διάγνωσης και της θεραπείας. Βέβαια αυτό έχει και θετικό και αρνητικό αντίκτυπο. Το θετικό είναι ότι μειώνονται οι ψυχολογικές διαταραχές και οι δυσκολίες ως προς το σχολείο. Τα μειονεκτήματα είναι ότι μία σύντομη νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να εμποδίσει την καθολική θεώρηση των οργανικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρουσιάζει το παιδί. Συχνά επιβάλλεται να γίνονται ορισμένες εξετάσεις πολύ γρήγορα και το προσωπικό να υπόκειται σ' ένα γρήγορο ρυθμό δουλειάς με αποτέλεσμα να γίνονται λάθη και να μην μένει χρόνος για την προσφορά ψυχολογικής βοήθειας στο παιδί αλλά και στους γονείς.

Παράγοντες που επηρεάζουν την παιδική υγεία

α) Δημογραφικοί παράγοντες

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

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

Η οικογενειακή κατάσταση είναι τέλος ένας ακόμη δημογραφικός παράγοντας που σχετίζεται με τη συμπεριφορά υγείας ενός παιδιού. Μελέτες έχουν δείξει ότι παιδιά που ζούν με τον ένα γονέα -είτε λόγω διαζυγίου είτε λόγω θανάτου- εκθέτουν τον

εαυτό τους σε περισσότερους κινδύνους απ' ότι παιδιά οικογενειών στις οποίες και οι δύο γονείς είναι παρόντες.

β) Συμπεριφορά Υγείας

Παρά το γεγονός ότι οι μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες έχουν ενοχοποιηθεί για ένα μεγάλο αριθμό προβλημάτων υγείας τόσο της παιδικής όσο και της ενήλικης ζωής, όπως , η υπέρταση, η παχυσαρκία, ο διαβήτης, η τερηδόνα κ.α φαίνεται ότι ο νεαρός πληθυσμός δεν τρέφεται σωστά. Έχει βρεθεί, ότι τα παιδιά στην πλειοψηφία τους (1) περιλαμβάνουν στη διαίτά τους τροφές πλούσιες σε λίπη, ζάχαρη και αλάτι, (2) δεν τρώνε καθημερινά πρωινό, (3) καταναλώνουν τροφές με χαμηλή θρεπτική αξία στα μεσοδιαστήματα των γευμάτων, και (4) δεν τρώνε λαχανικά τακτικά.

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

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

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

Βρεφική και παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα

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

Η Ελλάδα έχει τη 2η υψηλότερη βρεφική θνησιμότητα 14,10/00.0 κύριος συντελεστής αυτής της υψηλής θνησιμότητας στην Ελλάδα είναι το υψηλό ποσοστό θανάτων νεογνών τόσο την 1η όσο και την 2-6η και από την 7-27η ημέρα ζωής. Η νεογνική θνησιμότητα (1-27 ημ) είναι στην Ελλάδα η 3η υψηλότερη στις χώρες της ΕΟΚ και φτάνει στο 10,5 0/00. Η βρεφική θνησιμότητα (28ημ - 1 έτος) είναι 3,6 0/00.

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

Βρεφική και παιδική θνησιμότητα

Πίνακας 1. Νεογνική, βρεφική και παιδική θνησιμότητα
στην Ελλάδα

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

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

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

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

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

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

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

1. Επεμβάσεις που απαιτούν ολική αναλγησία
2. Εντατική επίβλεψη και φροντίδα μετά από τραυματισμό του κρανίου, δηλητηρίαση κ.τ.λ
3. Όλες οι ασθένειες που απαιτούν θεραπεία διά της ενδοφλέβιας οδού (ενδοφλέβια χορήγηση, καθετήρες, κ.τ.λ)
4. Θεραπείες του αναπνευστικού συστήματος που απαιτούν οξυγόνο διασωλήνωση μηχανικούς αναπνευστήρες, τέντες, μηχανική αναρρόφηση, κ.λ.π

5. Ασθένειες που απαιτούν συχνές και λεπτές φροντίδες από τη νοσοκόμα ή κάποια ειδική τεχνική, ειδικό πρόγραμμα διατροφής, φροντίδες σε εκτεταμένα εγκαύματα κ.τ.λ
6. Παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο μέσα στο ίδιο τους το σπίτι, κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά
7. Ανάγκη να τεθεί η περίπτωση υπό παρακολούθηση διά ταραγμένη συμπεριφορά, βιολογικός ή ορμονικός έλεγχος
8. Απειλή ή απόπειρα αυτοκτονίας
9. Δημιουργία σχέσης μητέρας-παιδιού κατά την νεογνική περίοδο

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Ιστορικό

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

ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

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

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

αυτές τείνουν σιγά-σιγά να εξαληφθούν.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο στο παιδιατρικό νοσοκομείο είναι η τριαδική σχέση γονέας-παιδί-γιατρός. Το παιδί έρχεται στο νοσοκομείο μαζί με τους γονείς του. Αυτοί περιγράφουν τα συμπτώματα της ασθένειας στο γιατρό όπως οι ίδιοι τα αντιλαμβάνονται. Επομένως το παιδί δεν απευθύνεται απευθείας στο γιατρό αλλά μέσω των γονέων του. Η οικογένεια λοιπόν είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ασθένειας και νοσοκομειακής νοσηλείας του παιδιού. Φυσικά κάθε οικογένεια αντιδρά με τρόπο διαφορετικό στην ίδια κατάσταση. Η αντίδραση της εξαρτάται από την κοινωνική θέση της οικογένειας, τις γραμματικές γνώσεις, την οικονομική κατάσταση και την προηγούμενη εμπειρία από παρόμοιες προηγούμενες καταστάσεις. Ακόμα και μέσα στην ίδια την οικογένεια υπάρχουν διαφορετικές αντιδράσεις από τα μέλη της, διότι καθένα από τα μέλη της αντιδρά όχι μόνο απέναντι στην αρρώστια του παιδιού αλλά και στη στάση που κρατούν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Αυτές οι αντιδράσεις είναι συχνά λανθασμένες και δυσανάλογες με τη βαρύτητα της νόσου και επεκτείνονται από συναισθήματα ενοχής καθώς και από μια προσπάθεια να βρεθεί η αιτία ή η προέλευση της ασθένειας. Οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν τέλος την αιτία ακόμα και επιθετικής συμπεριφοράς.

ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Η ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Στην περίπτωση αυτή το παιδί μπαίνει στο νοσοκομείο σε ένα κλίμα αγωνίας που πάντα επιφέρουν οι επείγουσες καταστάσεις. Η τεταμένη ατμόσφαιρα που δημιουργούν οι διαγνωστικές εξετάσεις

περισσότερο από την ίδια τη βαρύτητα της νόσου, συμβάλλει στη δημιουργία ενός κλίματος φόβου και πανικού που μπορεί να επιδεινωθεί αν οι συνθήκες υποδοχής καθώς και η έναρξη της θεραπείας δεν είναι καλές και ζεστές. Εδώ πολύ βασικός παράγοντας είναι ο πόνος. Ο πόνος χαρακτηρίζεται σαν οξύς ή χρόνιος. Και φυσικά οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα είναι διαφορετικά στον οξύ και διαφορετικά στον χρόνιο. Στα παιδιά που πάσχουν από κακοήθη ασθένεια και σ' αυτά που πάσχουν από άλλη χρόνια πάθηση, η έκφραση του προσώπου φανερώνει την ψυχική του διάθεση (στην πρώτη περίπτωση - νόσος, στάδιο, επίγνωση, περιβάλλον). Ο οξύς πόνος είναι ένα έκτακτο επεισόδιο που είναι αναστρέψιμο και παροδικό. Τα συναισθήματα του παιδιού στην εμφάνιση ενός τέτοιου πόνου, είναι συναισθήματα απειλής, αγωνίας, φόβου και πανικού. Μεταπίπτουν σε αβεβαιότητα και απορία.

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

για την πορεία της αρρώστιας, κόπωση.

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

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

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

Παρόμοιο πρόβλημα παρουσιάζουν και τα παιδιά με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Στο Νοσοκομείο Παιδών "Π.Α Κυριακού" εφαρμόζεται αιμοκάθαρση σε παιδιά ηλικίας από 4-15 χρονών. Πριν αρχίσει η θεραπεία το παιδί έχει συνήθως την ευκαιρία για 2-3 εβδομάδες να έλθει στη μονάδα να δει τ' άλλα παιδιά να εκφράσει τις απορίες του και να βρει λύσεις, να εξοικειωθεί με το προσωπικό της μονάδας. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που

απαιτείται άμεση αιμοκάθαρση. Στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει ο απαιτούμενος χρόνος να προετοιμαστεί το παιδί ψυχολογικά και αιφνιδιάζεται κυριολεκτικά. Η θεραπεία της αιμοκάθαρσης αποτελεί άγνωστη εμπειρία. Σ' αυτές τις περιπτώσεις καλό θα είναι να παραμείνει και η μητέρα κοντά στο παιδί ή τουλάχιστον να το επισκέπτεται συχνά κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Κάθε παιδί αντιδρά στην αιμοκάθαρση με διαφορετικό τρόπο. Αυτό οφείλεται στους εξής παράγοντες:

1. Ηλικία
2. Προσωπικότητα
3. Νοσοκομειακό περιβάλλον (κατά πόσο είναι ευαισθητοποιημένο στα προβλήματα του παιδιού και κατά πόσο είναι έτοιμο να τα αντιμετωπίσει)
4. Οικογενειακό περιβάλλον (σε πολλά παιδιά η οικογένεια είναι εκείνη που δημιουργεί το μεγαλύτερο stress γύρω από την αρρώστια)

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

Στα πρώτα στάδια της αρρώστιας του το παιδί αντιδρά με άρνηση, θυμό, επιθετικότητα, λύπη και αγωνία. Η επιθετικότητα

εκδηλώνεται προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και πολλές φορές και προς τον ίδιο του τον εαυτό.

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

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

ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Για τους γονείς η εισαγωγή του παιδιού που πάσχει από χρόνια νόσο στο νοσοκομείο, μπορεί να σημαίνει την αποδοχή της πραγματικότητας ως προς τη διάγνωση της ασθένειας αλλά και μία ελπίδα ως προς την αυξημένη πιθανότητα αποτελεσματικής θεραπείας. Σε μια τέτοια κατάσταση παιδί και γονείς αισθάνονται πως βρίσκονται σε κίνδυνο. Στο στάδιο αυτό οι γονείς αισθάνονται την ανάγκη να εξωτερικεύσουν την αγωνία τους και το φόβο που νοιώθουν, να συζητήσουν τα προβλημάτά τους. Αυτές οι αντιδράσεις αποτελούν το αρχικό στάδιο, τις πρώτες μέρες μετά την εισαγωγή. Αργότερα οι αντιδράσεις διαφοροποιούνται καθώς περνούν οι πρώτες μέρες της προσαρμογής. Καθώς οι μέρες περνούν οι ανάγκες του παιδιού επιβάλλουν μια επιστροφή στην

πραγματικότητα. Η προσοχή επικεντρώνεται τώρα στις διαγνωστικές εξετάσεις και στις θεραπευτικές διαδικασίες. Άλλοι πάλι αντιδρούν με τρόπο υστερικό και δημιουργούν σκηνές σε μια προσπάθεια να ξεπεράσουν την αγωνία τους. Ακόμη και όταν η ασθένεια βρίσκεται σε ύφεση ο φόβος παραμένει. Η τάση υπερπροστασίας του παιδιού πολύ δύσκολα ξεπερνιέται. Αξίζει εδώ να αναφερθεί μια έρευνα που έγινε από το Πανεπιστήμιο της Πάδοβα. Η έρευνα έγινε σε 13 οικογένειες με παιδιά που πάσχουν από οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία ηλικίας 2-12 ετών και παρακολουθούνταν στο κέντρο παιδιατρικής ογκολογίας του Πανεπιστημίου της Πάδοβα. Το δείγμα περιλάμβανε 13 άνδρες και 13 γυναίκες ηλικίας από 22-47 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην είδηση της ιατρικής διάγνωσης οι γονείς έπαθαν σοκ και καταβλήθηκαν από πανικό. Μεταξύ της 3ης και 5ης ημέρας οι αντιδράσεις ήταν εμμονές, ανησυχία, εχθρότητα, διαταραχές ύπνου, υπερβολική ευαισθησία, φοβία, παρανοϊκές ιδέες, ψυχωτικά συμπτώματα, κατάθλιψη στα εξής ποσοστά:

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

Στην Αμερική έχουν γίνει πολλές έρευνες που στοχεύουν στο να καθοδηγήσουν όποιον θέλει να ερευνήσει σε βάθος όλα τα προηγούμενα συμπεράσματα που αφορούν τη νοσηλεία των παιδιών με χρόνια νοσήματα και γενικά σοβαρές ασθένειες. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών στοχεύουν σε (εφτά) σημεία:

- α) "βασικές αρχές" συμπεριλαμβανομένων των κεφαλαίων της επίδρασης της αρρώστιας στο παιδί και στην οικογένεια
- β) επιδημιολογία και δημογραφία της αρρώστιας
- γ) ειδικά προβλήματα που υφίστανται στις πόλεις ή στις αγροτικές περιοχές
- δ) διδασκαλία προσωπικού, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών
- ε) αποστολή των σχετικών εκδόσεων βιβλίων
- στ) οργανώσεις για τη βοήθεια των παιδιών
- ζ) οικονομικά προβλήματα

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

ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

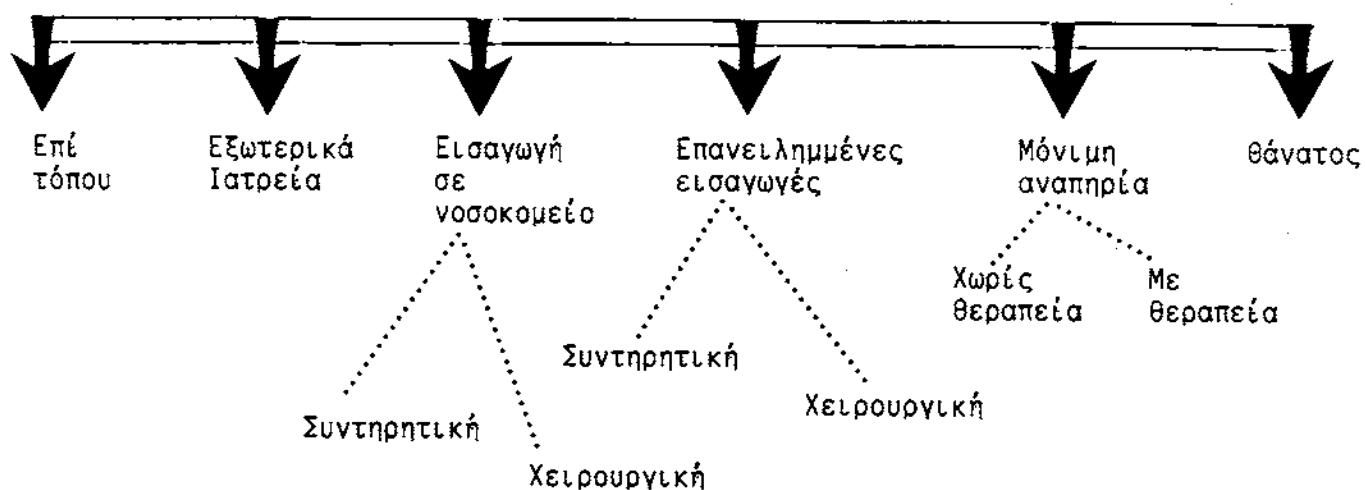
Τα ατυχήματα αποτελούν το μεγαλύτερο κίνδυνο για τη ζωή των παιδιών και των εφήβων. Το τρίμημα που πληρώνει η ηλικία αυτή σε ζωές είναι φανταστικό. Η αύξηση της συχνότητας των θανάτων από τροχαία στην ηλικία των 15-19 ετών φαινόμενο διεθνές. Στην Αγγλία υπολογίζεται ότι 1 στα 50 παιδιά που

τελειώνουν το σχολείο πεθαίνει ή τραυματίζεται σοβαρά από τροχαίο, στα επόμενα 10 χρόνια της ζωής του δηλαδή σε ηλικία 16-25 χρονών. Εκτός όμως από τους θανάτους, τα ατυχήματα με τη μεγάλη τους συχνότητα αλλά και τη βαρύτητα τους διαφοροποιούν τη νοσολογία της παιδικής ηλικίας και δημιουργούν προβλήματα νοσοκομειακής περίθαλψης και ιατρικής και παραιατρικής παρακολούθησης. Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών η οικονομική επιβάρυνση των υπηρεσιών υγείας είναι σημαντική.

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

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

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.

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

οργάνωση των μονάδων αυτών, όχι μόνο θα υπηρετήσει τα παιδιά με ατυχήματα αλλά και θα μειώσει σημαντικά το κόστος, βελτιώνοντας συγχρόνως την ποιότητα νοσηλείας.

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

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

- α) Να αποτυπωθούν η συχνότητα, η ποικιλία και η βαρύτητα των μονίμων αναπηριών και να οργανωθεί η αντιμετώπισή τους.
- β) Να μελετηθούν οι επιπτώσεις απ' τα ατυχήματα και τη νοσηλεία, στον ψυχισμό του παιδιού και της οικογένειάς του.
- γ) Να γίνει γνωστό στο ευρύτερο κοινό το νομικό καθεστώς που σχετίζεται με τα ατυχήματα και κυρίως τα τροχαία.
- δ) Να τονισθούν τόσο οι ατομικές όσο και του κοινωνικού συνόλου στην πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση των ατυχημάτων.
- ε) Να οργανωθούν μονάδες βραχείας νοσηλείας και παρακολουθήσεως των ασθενών, σε νοσοκομεία με μεγάλη νοσηλευτική κίνηση.

Από μια έρευνα που έγινε το 1981 στο Νοσοκομείο "Αγία Σοφία" όσον αφορά τις εισαγωγές στις διάφορες κλινικές του νοσοκομείου το πρώτο τρίμηνο του 1981. Σε σχέση με τη συχνότητα ατυχημάτων, το χρόνο νοσηλείας και το φύλλο του παιδιού (πίνακας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Συχνότης ατυχημάτων και χρόνος νοσηλείας στο Νοσοκομείο Παίδων "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ" στο Α' τρίμηνο 1981

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Ψυχολογικά προβλήματα Προσπάθειες ερμηνείας

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

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

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

- α) Πρώτος ο Spitz ερεύνησε το θέμα από το 1945 και ερμήνευσε τις αντιδράσεις στρές λόγω της έλλειψης της μητέρας του παιδιού.
- β) Έπειτα οι Sayegh και Dennies το 1965 θεώρησαν σαν παράγοντα υπεύθυνο για τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών το περιβάλλον χωρίς ερεθίσματα (κλασική θεωρία της μάθησης).

- γ) Η θεωρία Novak και Harlow το 1975 υποστηρίζει πως το άγνωστο περιβάλλον με πολύπλοκα καινούργια ερεθίσματα ξυπνά μέσα μας οντολογικά - εξελικτικά προκαθορισμένες συμπεριφορές.
- δ) Οι Asworth και Wittig το 1969, Bell το 1970 και Skarin το 1977 παρατήρησαν ότι η παρουσία οικείων προσώπων είχε αντίκτυπο στη συμπεριφορά: τάση για εξερεύνηση, μείωση των εγωκεντρικών τάσεων, μείωση τάσεων φυγής. Η απουσία των οικείων προσώπων πολλαπλασίασε την προβληματική συμπεριφορά. Βλέπουμε λοιπόν εδώ ότι η παρουσία οικείων προτύπων δημιουργεί σιγουριά που απελευθερώνεται από ένα μεγάλο βαθμό στρες.

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

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

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

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

- Ο περιβαντολογικός παράγοντας επιδρά ανάλογα με του τύπο νοσηλείας (νοσοκομείο, κατ' οίκον νοσηλεία, νοσοκομείο ημέρας)

Οι σχετικές έρευνες αποδεικνύουν ότι:

- α) ένα παιδί που είχε από πριν συμπτώματα ανησυχίας, γίνεται πιο ανήσυχο μετά την εισαγωγή από ένα παιδί χωρίς συμπτώματα ανησυχίας, πριν από την εισαγωγή στο νοσοκομείο
- β) νοσηλευόμενο παιδί που διακρίνεται ανήσυχο, μετά τον καθησασμό της μητέρας του γίνεται αισθητά πιο ήρεμο
- γ) ένα παιδί που νοσηλεύεται σε παραδοσιακό νοσοκομείο είναι πιο ανήσυχο από ένα παιδί που νοσηλεύεται σε νοσοκομείο ημέρας
- δ) τα περισσότερα άγχωδη παιδιά είναι εκείνα που είχαν από πριν υψηλά στάση ανησυχίας, είναι εκείνα που έχουν αγχώδης μητέρες και εκείνα που νοσηλεύονται σε παραδοσιακό τύπο νοσοκομείου.

Το επίπεδο άγχους των παιδιών φαίνεται λοιπόν ότι είναι ανάλογο με το επίπεδο άγχους των μητέρων τους. Πολλά παιδιά και οι οικογενειές τους επηρεάζονται συναισθηματικά όταν το παιδί νοσηλεύεται για μια φυσική αρρώστια. Όμως, σχετικά λίγα γνωρίζουν για τους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τους ανθρώπους, κάτω από τέτοιες καταστάσεις. Ο Vernon συζητά τρεις γενικούς παράγοντες που επιδρούν συναισθηματικά στο παιδί. Αυτοί είναι η προσωπικότητα του παιδιού, η αντίδραση των γονέων και η κατάσταση του νοσοκομείου.

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

Εδώ πρέπει να ειπωθεί ότι έχουμε δύο είδη άγχους:

- α) παροδική κατάσταση άγχους
- β) άγχος με προσωπικά χαρακτηριστικά.

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

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

Η τρίτη ομάδα μεταβλητών που επιδρούν στην συναισθηματική αντίδραση του νοσηλευόμενου παιδιού είναι μεταβλητές σχετικές με τη νοσηλεία και μόνο. Η νοσοκομειακή νοσηλεία μπορεί να επιφέρει μια κρίση στη ζωή της οικογένειας. Αυτό συνεπάγεται διακοπή από τον φυσικό τρόπο ζωής της οικογένειας, χωρισμό από τους γονείς, τα αδέρφια και τους φίλους, άγνωστες θεραπείες, μια αοριστία στο τι πρόκειται να συμβεί στο νοσοκομείο καθώς και μετά την έξοδο απ' αυτό. Η έννοια αυτής της εμπειρίας των παιδιών ερευνήθηκε από τον Spitz και Baubly το 1954 και 1952 αντίστοιχα και περιέγραψαν τα αποτελέσματα της στέρησης, εξαιτίας της νοσηλείας, στην πνευματική ανάπτυξη και στη

συμπεριφορά των παιδιών. Την ίδια περίοδο η Anna Freud ερεύνησε τις αντιδράσεις των νοσηλευόμενων εξαιτίας της φυσικής αρρώστιας και την επίδραση αυτής στον ψυχικό κόσμο του παιδιού. Αυτή περιγράφει τα αισθήματα της αδυναμίας, το χάσιμο του ελέγχου του εγώ και τις φαντασίες οι οποίες προκύπτουν κυρίως στην περίπτωση της χειρουργικής επέμβασης.

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

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

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

5) Τα παιδιά που νοσηλεύονται σε παραδοσιακό τύπο νοσοκομείου παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο άγχους από εκείνα που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία ημέρας

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

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ

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

Το παιδί ξαφνικά βρίσκεται μακριά από το γνωστό οικογενειακό περιβάλλον, σε χέρια άγνωστα και υφίσταται εξετάσεις πολλές φορές πολύ επώδυνες, ειδική διαίτα κ.τ.λ. Φυσικά όλα τα παιδιά δεν αντιδρούν σε αυτές τις αλλαγές με τον ίδιο τρόπο. Η προσωπικότητα και η ηλικία του παιδιού είναι εδώ πολύ σημαντικοί παράγοντες. Με διαφορετικό τρόπο αντιδρά ένα μωράκι και με διαφορετικό τρόπο ένα παιδί 8 ετών ή 14 ετών. Φυσικά και το είδος της ασθένειας σε συνδιασμό με την ηλικία καθορίζουν τον τρόπο της αντίδρασης. Ένα μωράκι π.χ που

βρίσκεται στο στοματικό στάδιο θα επηρεαστεί ψυχολογικά περισσότερο όταν έχει ένα κατάγμα σιαγόνας και δεν μπορεί να φάει. Η ένεση έχει γι' αυτό πολύ μικρότερη σημασία. Η μητέρα του αντιπροσωπεύει γι' αυτό την τροφή του (κυρίως σε περίπτωση θηλασμού). Ο αποχωρισμός απ' αυτήν σημαίνει κατά κάποιο τρόπο στέρηση της απόλαυσης που λέγεται τροφή.

Πρέπει επίσης να γίνει γνωστό ότι ο αποχωρισμός του παιδιού από το οικείο περιβάλλον του δεν είναι πάντα επιζήμιος για την ψυχική του υγεία. Μπορεί να έχει θαυμάσια αποτελέσματα για ορισμένα παιδιά που ζούν με 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. Ευνοούνται ακόμη και τα παιδιά με προβληματικές οικογένειες (αλκοολισμός, ψυχοπάθεια κ.τ.λ). Μ' αυτό τον τρόπο αρκετές περιπτώσεις διαταγμένης συμπεριφοράς στο παιδί θεραπεύονται με την απομόνωση από το οικογενειακό περιβάλλον. Περισσότερο έντονα είναι τα ψυχολογικά προβλήματα σε περίπτωση απομόνωσης εξαιτίας κάποιου λοιμώδους νοσήματος ή σε περίπτωση μακροχρόνιας νοσηλείας ή ιδρυματισμού.

I. Ιδρυματισμός: η απουσία της μητέρας στον ιδρυματισμό ή κάθε άλλου προσώπου που την αντικαθιστά προκαλεί διάφορα σύνδρομα που οφείλονται κυρίως στη συσσώρευση και στο χάσιμο της ατομικότητας τους. Τα σύνδρομα αυτά είναι: παλινδρόμηση στην ψυχοκινητική και συναισθηματική ανάπτυξη, καταθλιπτικές καταστάσεις, μια ολόκληρη σειρά από παθολογικές καταστάσεις και παρεκτροπές και καθυστερήσεις στην ανάπτυξη της προσωπικότητας. Μετά από ένα στάδιο που χαρακτηρίζεται από κλάματα και

διαμαρτυρίες, τα παιδιά γίνονται αδρανή, σιωπηλά και απαθή. Η φυσική τους κατάσταση επιδεινώνεται (ανορεξία, απώλεια βάρους) καθώς και η ψυχοκινητική τους ανάπτυξη. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της νοσηλείας, τόσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα. Σήμερα η γνώση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των παιδιών κάθε ηλικίας οδηγεί στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των παιδιών.

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

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

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

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

Ανακεφαλαιώνοντας λοιπόν λέμε ότι τα αποτελέσματα της μητρικής στέρησης είναι: ωχρότητα, ανεπάρκεια βάρους, μυϊκή υποτονία, επιπόλαιη αναπνοή, πεπτικές διαταραχές τύπου ανορεξίας, διάρροιες, ευμεταβλητότητα της θερμοκρασίας χωρίς λοιμώδεις αίτιο. Το παιδί είναι αδιάφορο, πάσχει από υπνηλία, δεν δείχνει ενδιαφέρον για το μπιμπερό του, δείχνει ατονία και πολύ μειωμένη μυϊκή δραστηριότητα, παρουσιάζει κατάθλιψη, καθυστέρηση στην ανάπτυξη, γίνεται αντικειμενικό.

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

- α) Υπάρχουν παιδιά που είναι πιο ευαίσθητα από τα άλλα στην μητρική στέρηση και νοσηλεία
- β) Όσο μικρότερο είναι το παιδί, τόσο σοβαρότερες είναι οι συνέπειες της στέρησης και νοσηλείας
- γ) Η χρονική διάρκεια της νοσηλείας είναι ανάλογη με τις συνέπειες της νοσηλείας

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

III. Εκδηλώσεις αποχωρισμού:

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

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

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

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

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Οργάνωση χώρου-διακόσμηση παιδιατρικού νοσοκομείου

Η οργάνωση του χώρου και η διακόσμηση ενός παιδιατρικού νοσοκομείου είναι βασικός παράγοντας για την ψυχολογική αντίδραση του παιδιού. Μπαίνοντας το παιδί στο χώρο του νοσοκομείου πρέπει να νοιώσει ευχάριστα και να μην αισθανθεί φόβο. Η αυστηρότητα του γενικού νοσοκομείου δεν ταιριάζει στο παιδιατρικό νοσοκομείο. Η ευχάριστη ατμόσφαιρα πρέπει να ξεκινά από τα εξωτερικά ιατρεία που είναι και ο πρώτος χώρος επαφής του παιδιού με το νοσοκομείο. Βασικός χώρος εδώ θεωρείται η αίθουσα αναμονής στην οποία το παιδί προετοιμάζεται κατά κάποιο τρόπο ψυχολογικά για την επικείμενη ιατρική εξέταση και ίσως την επικείμενη εισαγωγή σε κάποιο τμήμα του νοσοκομείου. Μια ευρύχωρη αίθουσα αναμονής με πολλά χαρούμενα διακοσμητικά στοιχεία (αφίσσες, λουλούδια κ.λ.π.) και ασφαλώς πολλά και διάφορα παιχνίδια και βιβλία που να καλύπτουν όλες τις ηλικίες και απαιτήσεις μπορεί να επιδράσει θετικά στον ψυχικό κόσμο του παιδιού και να του δημιουργήσουν ευχάριστα συναισθήματα. Το ίδιο ευχάριστο πρέπει να είναι και το εξεταστήριο των εξωτερικών ιατρών. Αφίσσες και λουλούδια πρέπει να υπάρχουν και εκεί καθώς και παιχνίδια για να ασχολείται το παιδί την ώρα της εξέτασης. Βασική προϋπόθεση είναι η υποδοχή και η εξέταση από ευγενικό και ευχάριστο προσωπικό. Όταν το παιδί μετά την εισαγωγή έλθει στην κλινική πρέπει να βρεί την ίδια ζεστή ατμόσφαιρα των εξωτερικών ιατρείων. Κι εδώ μεγάλο ρόλο παίζει η θερμή υποδοχή από το προσωπικό. Το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας εδώ θα περνάει μέσα στο θάλαμο. Ο θάλαμος δεν θα πρέπει να έχει πολλά κρεβάτια και

απαραίτητο γύρω από το κάθε κρεβάτι είναι το παραβάν. Έτσι αποφεύγουμε τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στο παιδί όταν βλέπει μια επίπονη νοσηλεία σε άλλο παιδάκι του θαλάμου. Απαραίτητα είναι κι εδώ τα παιχνίδια και τα βιβλία καθώς και η τηλεόραση και το βίντεο για την παρακολούθηση ψυχαγωγικών παιδικών προγραμμάτων ή εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Καλό θα ήταν να υπάρχει ένα σαλόνι για να συναντιούνται τα παιδιά που σηκώνονται από το κρεβάτι τους και να δημιουργούν φιλίες ή να ψυχαγωγούνται. Έτσι δημιουργείται ευχάριστη ατμόσφαιρα για τα παιδιά αλλά και για το προσωπικό και μειώνονται στο ελάχιστο τα ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να δημιουργήσει μια νοσοκομειακή νοσηλεία. Πάντως, το βέβαιο είναι ότι παρά την πρόβλεψη για την αποφυγή των ατυχημάτων και την αυστηρότητα που δημιουργούν τα διάφορα μέτρα ασφάλειας στο παιδιατρικό νοσοκομείο σε καμιά περίπτωση το παιδιατρικό νοσοκομείο να μοιάζει με φυλακή ή μονάδα απομόνωσης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

(Προετοιμασία-Εισαγωγή)

Αν εξαιρέσουμε τις επείγουσες περιπτώσεις είναι απαραίτητο η εισαγωγή στο νοσοκομείο να γίνεται κατόπιν προετοιμασίας και όχι ξαφνικά. Η προετοιμασία πρέπει να αρχίσει από τους γονείς, καθώς οι περισσότεροι δεν είναι έτοιμοι να δεχτούν μια εισαγωγή του παιδιού τους στο νοσοκομείο. Ο γιατρός οφείλει να τους εξηγήσει το λόγο για τον οποίο αναγκάζεται να το κάνει. Όσο πιο μικρό είναι το παιδί τόσο πιο πολύ οι γονείς επηρεάζονται και αναστατώνονται από αυτή την απόφαση. Οι γονείς πρέπει να

συνειδητοποιήσουν την αναγκαιότητα της εισαγωγής για να μην μεταδώσουν την αγωνία τους και την αβεβαιότητά τους στο παιδί. Το παιδί πρέπει να προετοιμαστεί αν είναι δυνατόν από τους ίδιους τους γονείς του. Η γενική θέση είναι να μιλάμε στο παιδί για την ασθένεια σαν κάτι το φυσιολογικό. Το παιδί μαθαίνει τι είναι αρρώστια, τι είναι φάρμακο, τι είναι νοσοκομείο.

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

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

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

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Μετά την κλινική εξέταση εξηγείται στους γονείς πόσο καιρό είναι ανάγκη να μείνει το παιδί στο νοσοκομείο, τη φύση της αρρώστιας την αναγκαιότητα της εισαγωγής, καθώς και την διαδικασία της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η εξηγήσεις πρέπει να δοθούν με λόγια κατανοητά με αποφυγή ιατρικών όρων οι οποίοι πολλές φορές δημιουργούν πανικό. Αν το παιδί είναι μεγάλο πρέπει κι αυτό να ενημερωθεί γι ατην όλη κατάσταση. Καταρχήν πρέπει να εξηγήσουμε ότι η αρρώστια δεν είναι μοναδική και ότι υπάρχει κατάλληλη θεραπεία. Αυτό καθυσηχάζει γονείς και παιδί

και δέχονται πιο ανώδυνα την εισαγωγή. Ακόμη πρέπει να ενημερωθούν ότι έχουν το δικαίωμα να παραμένουν με το παιδί τους, να κοιμάται κάποιος μαζί του το βράδυ και να το επισκέπτονται τα αγαπημένα του πρόσωπα στις ώρες του επισκεπτηρίου. Έτσι μειώνεται το άγχος παιδιού και γονέων και γίνεται πιο εύκολη η προσαρμογή.

ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

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

- I) Οι γονείς μεταφέρουν παθογόνα μικρόβια στο χώρο του νοσοκομείου.
- II) Οι επισκέψεις αναστατώνουν τα παιδιά, τα οποία μετά τον αποχωρισμό γίνονται πολύ ανήσυχα.
- III) Οι γονείς φέρνουν πολλά φαγητά που πολλές φορές χαλάνε την ειδική διαίτα που εφαρμόζει το νοσοκομείο στο παιδί.
- IV) Οι πολλές επισκέψεις δημιουργούν αναταραχή στο τμήμα που παρεμποδίζουν την εργασία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- V) Οι γονείς καθώς πιστεύουν ότι χάνουν το κύρος τους, προσπαθούν να κερδίσουν την αγάπη του παιδιού τους με την επιθετική συμπεριφορά και τις συνεχείς διαμαρτυρίες προς το προσωπικό του νοσοκομείου.

Η συχνότητα αυτών των περιστατικών δημιουργεί ως αντίδραση, σύμφωνα με μια άποψη, την ανάγκη περιορισμού του χρόνου επισκέψεων, ώστε να εξασφαλιστούν κάποιες ώρες ηρεμίας.

Αντίθετα μια δεύτερη άποψη υποστηρίζει ότι όσο πιο συχνές είναι οι επισκέψεις των γονέων, τόσο έρχονται αυτοί σε μεγαλύτερη επαφή με το παιδί τους, έχουν την ευκαιρία να το φροντίσουν (πλύσιμο, τάισμα) πράγμα που απαλλάσει το παιδί από το άγχος μια που έχει κάτι από τη φυσιολογική του ζωή.

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

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΣΧΟΛΕΙΟ

Το θέμα των χαμένων μαθημάτων από το σχολείο απασχολεί πάρα πολύ τους γονείς των παιδιών της σχολικής ηλικίας. Μια βραχύχρονη νοσηλεία δεν επιφέρει σημαντικά προβλήματα. Οι χαμένες ώρες διδασκαλίας είναι λίγες και μπορούν να αναπληρωθούν με περισσότερο διάβασμα από το παιδί και μεγαλύτερη βοήθεια από το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον. Η μακροχρόνια όμως νοσηλεία καθώς και οι πολλές εισαγωγές μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα δημιουργούν πολλά προβλήματα, που δεν

μπορούν να αναπληρωθούν με την καλή θέληση του παιδιού και του δασκάλου. Για αυτές τις περιπτώσεις έχουν αυξηθεί και εφαρμοστεί στο εξωτερικό διάφοροι τρόποι διδασκαλίας.

Η καταγραφή των σχολικών βιβλίων σε βιντεοκασέτες με τρόπο κατανοητό και ευχάριστο μπορεί να καλύψει ορισμένα κενά. Στην περίπτωση αυτή η διοίκηση του νοσοκομείου πρέπει να συγκεντρώσει τις ηλικίες των παιδιών και τις ανάγκες τους και να προσπαθήσει να εξοπλιστεί κατάλληλα. Βέβαια στην Ελλάδα η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος είναι μάλλον όνειρο απόμακρο και ανεφάρμοστο. Τα νοσηλευόμενα παιδιά μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να παρακολουθήσουν τα προγράμματα της εκπαιδευτικής τηλεόρασης των κρατικών καναλιών. Η συχνότητα προβολής τους όμως δεν είναι τακτική και η επιλογή μαθημάτων δεν καλύπτει όλες τις ηλικίες. Επίσης δεν είναι δυνατόν να καλύψει τις ελλείψεις όλων των μαθητών. Τα προγράμματα αυτά μπορεί να προσφέρουν κάποια βοήθεια σε ορισμένες ηλικίες νοσηλευόμενων παιδιών και απαιτείται για τη συμπλήρωσή τους, μελέτη μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.

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

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

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

ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

1. Νοσοκομείο ημέρας

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

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

Στα νοσοκομεία ημέρας δίνεται η δυνατότητα να συγκεντρωθούν όλες οι αποκτούμενες εξετάσεις στο μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα, και αποφεύγονται οι αγωνιώδης νύχτες μακριά από το οικογενειακό περιβάλλον. Έτσι το παιδί αποφεύγει τα προβλήματα ανησυχίας, αυπνίες, νευρικότητας που παρουσιάζονται κατά τη νύχτα. Αποφεύγονται ο ιδρυματισμός, η πλήξη, η αδιαφορία, η παθητική στάση. Δεν αποκόπτεται το παιδί από την οικογένεια, ενώ η οικογένεια απαλλάσσεται από προβλήματα που δημιουργεί η νοσηλεία, όπως οικονομικά προβλήματα, παραμέληση άλλων παιδιών της, κοινωνικά προβλήματα.

Η λειτουργία των νοσοκομείων ημέρας είναι πολύ οικονομικότερη από τη λειτουργία των άλλων νοσοκομείων, γιατί μειώνεται η δαπάνη της παραμονής επί 24 ώρου βάσεως. Το προσωπικό όμως πρέπει να εργάζεται ενταντικά και να υπακούει στην αυστηρή οργάνωση του νοσοκομείου. Τα ιατρικά, ψυχολογικά,

και κοινωνικά οφέλη είναι πολύ σημαντικά και δικαιολογούν την ανάπτυξη του νοσοκομείου ημέρας στις περισσότερες χώρες. Πόσο μάλλον στο επίπεδο των παιδιατρικών νοσοκομείων που φιλοξενούν τόσο εύθραυστους ασθενείς.

2. Κατ' οίκον νοσηλεία

Η κατ' οίκον νοσηλεία αποβλέπει καταρχήν στη συντόμευση, ακόμα και στην αποφυγή της νοσηλείας στο νοσοκομείο προσφέροντας στο παιδί, μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, την ιατρική παρακολούθηση που θα του παρείχε το νοσοκομείο. Σε δεύτερο πλάνο, η κατ' οίκον νοσηλεία καταβάλλει προσπάθεια να αποφύγει τις διαδοχικές εισαγωγές στο νοσοκομείο, εξασφαλίζοντας άγρυπνη ιατρική και κοινωνική προστασία ατόμων που ζούν κάτω από δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης και αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες γλωσσικής επικοινωνίας.

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

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της κατ' οίκον νοσηλείας είναι η δημιουργία σώματος νοσοκόμων ή επισκεπτών υγείας που να είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα των παιδιών στο

σπίτι και για την εκπαίδευση των οικογενειών έτσι ώστε να μπορούν να προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα στα παιδιά και να προστατεύουν το περιβάλλον τους αν το παιδί πάσχει από μια μεταδοτική ασθένεια.

Τα πλεονεκτήματα της κατ'οίκον νοσηλείας είναι τα εξής:

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

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

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

Η κατ' οίκον νοσηλεία σε ορισμένες περιπτώσεις επιτρέπει την εκμάθηση των αρχών υγιεινής από τους νοσοκόμους που επισκέπτονται το σπίτι καθώς και την παροχή μιας αποτελεσματικής ιατρικής και κοινωνικής βοήθειας με ψυχολογική υποστήριξη.

ΜΟΝΑΔΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

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

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

Το ότι ο άρρωστος έρχεται προγραμματισμένος παίζει πολύ σημαντικό ρόλο καθώς το παιδί έχει την ευκαιρία να ενημερωθεί και να προετοιμαστεί ψυχολογικά. Έτσι δεν θα παρουσιάσει τα ψυχολογικά προβλήματα των παιδιών που εισάγονται κανονικά στις παιδιατρικές κλινικές. Επίσης η παρουσίαση ψυχολογικών προβλημάτων στα νοσηλευόμενα παιδιά σε σχέση με αυτά των

παιδιών που νοσηλεύονται σε ΜΟ.Μ.Η.Ν πάσχουν από ελαφρές ασθένειες κάτι που δεν επιβαρύνει το ψυχολογικό τομέα σημαντικά.

Στατιστική των 5μηνών της Μ.Β.Ν του Νοσοκομείου Παιδων "Αγλαία Κυριακού".

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

- α) Λαρυγγίτιδες = 170
- β) Φαρμακευτικές δηλητηριάσεις = 118
- γ) Γαστρεντερίτιδες = 107
- ε) Βρογχίτιδες = 67
- στ) Έλεγχος ουροποιητικού = 65
- ζ) Κοιλιακά άλγη = 60
- η) Αλλεργικά εξανθήματα = 56

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

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Η νοσοκομειακή νοσηλεία ενός παιδιού θεωρείται σήμερα συνηθισμένο γεγονός, σε σημείο να ξεχνάμε πολλές φορές την ψυχολογική του σημασία και τις επιπτώσεις που έχει για την ενότητα της οικογενειακής μονάδας. Για τους γονείς όμως αποτελεί πηγή αγωνίας και κάποιου συναισθήματος ενοχής.

Η αγωνία των γονέων σχετικά με τη νοσηλεία του παιδιού τους γίνεται πηγή επιθετικότητας που συχνά αντιμετωπίζεται

δύσκολά από το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτή η επιθετικότητα, ωστόσο, δεν είναι παθολογική, Είναι ένα ένστικτο που συμβάλλει, όπως όλα τα άλλα, στη διατήρηση της ζωής και του είδους.

Ο φόβος του νοσοκομείου, είναι ο φόβος του άγνωστου, του κλειστού χώρου στον οποίο μπαίνεις για να μετατραπείς σ' ένα νούμερο, επίσης στο νοσοκομείο, δεν σου λέει κανείς τίποτα, σου κρύβουν πάντα την αλήθεια, δεν μπορείς να ξέρεις τίποτα: "95% των ασθενών λυπούνται για την έλλειψη ανθρώπινης επαφής μεταξύ αρρώστου και γιατρού".

Οι νοσοκόμες γίνονται πιο πολύ στόχος επίθεσης από τους γονείς, τις ενοχλούν διαρκώς στο έργο τους και τις καλούν να απαντήσουν σε ερωτήσεις ιατρικής φύσεως ακόμα και για να συγκρίνουν τις απαντήσεις με κείνες του γιατρού. Η παραμικρή διαφορά στους όρους που χρησιμοποιούνται αποτελεί το έναυσμα επιθετικής συμπεριφοράς.

Δύσκολο επίσης καθήκον για τις νοσοκόμες είναι το να βγάλουν από το δωμάτιο του παιδιού τους γονείς κατά τη διάρκεια των επώδυνων φροντίδων ή αιμοληψίας. Οι γονείς θέλουν να μένουν δίπλα στο παιδί τους, για να αισθάνεται, όπως πιστεύουν ασφαλές. Δεν είναι σπάνιο ν' ακούσει κανείς γονείς που κατηγορούν: "κάνετε τέσσερις απόπειρες για να του πάρετε αίμα, αυτό δεν είναι σφαγή" ή ακόμα σχετικά με την τοποθέτηση ορού στο κρανίο: "είναι απάνθρωπο να τσιμπάτε τις φλέβες του εγκεφάλου".

Όταν μέσα σ' ένα δωμάτιο καιροφυλακτούν επιθετικοί γονείς, έτοιμοι να παγιδεύσουν οποιοδήποτε μέλος της ιατρικής ομάδας μπει μέσα, έτοιμοι να κάνουν τη μια ερώτηση πάνω στην άλλη, τη μια απειλή πίσω απ' την άλλη, να εκτοξεύσουν ύβρεις και λοιδωρίες. Με αποτέλεσμα, αυτή η επιθετικότητα μπορεί να αποβεί

ολέθρια για την υγεία των παιδιών. Επίσης η επιθετικότητα που εκδηλώνεται από τους γονείς προέρχεται σε πολύ μεγάλο μέρος από την αγωνία που προκαλεί η εισαγωγή του παιδιού τους στο νοσοκομείο.

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

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

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

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

Οι θεωρητικές της γνώσεις αφορούν κυρίως τα εξής:

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

συνεργασία των ατόμων που ασχολούνται με την υγεία και ειδικά εκείνων που ασχολούνται με τα παιδιά.

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

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

Τα βρέφη και τα νήπια φοβούνται τα ξένα άτομα που τα πλησιάζουν. Γνωρίζοντας αυτό η Αδελφή δεν πρέπει να κάνει το λάθος να αποσπάσει απότομα το μωρό από την αγκαλιά της μητέρας. Το άρρωστο παιδί της σχολικής ηλικίας αισθάνεται διαφορετικά. Είναι περισσότερο ο εαυτός του. Γνωρίζει το σώμα του. Φοβάται

μην το πονέσουν. Ξέρει τα δικαιώματά του ζητά εξηγήσεις για το καθετί και το επίκεντρο των φόβων του είναι η θεραπεία του και τι θα του συμβεί.

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

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

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

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

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

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

Στα παιδιά με χρόνιες αρρώστιες που παρουσιάζουν διάφορους μηχανισμούς άμυνας, η Αδελφή θα τα βοηθήσει σιγά-σιγά να προσαρμοστούν και να δεχθούν την αρρώστια τους.

Από πρακτικής άποψης ποιές αρχές πρέπει να ακολουθούν οι αδελφές:

1. Το φυσικό περιβάλλον

Καθώς μπαίνει για πρώτη φορά στην Παιδιατρική Νοσηλευτική μονάδα μπορεί να τρομάξει αν μοιάζει με μια νοσηλευτική μονάδα

ενηλίκων. Ενώ χρωματισμένοι και ζωγραφισμένοι τοίχοι, παιχνίδια απομακρύνουν το φόβο του. Τα αντικείμενα του χώρου πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στο μικρό μέγεθος των παιδιών και στις τυχόν μειωμένες σωματικές τους ικανότητες. Μια φυσιολογική ανάγκη για τα παιδιά είναι το αίσθημα της ιδιοκτησίας.

2. Προετοιμασία για παραμονή στο νοσοκομείο

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

3. Εισαγωγή του παιδιού στο τμήμα

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

4. Προσανατολισμός του παιδιού στη νοσηλευτική

Μια καλή αρχή είναι:

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

5. **Είδος φροντίδας**

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

6. **Ανάγκη για προσοχή**

Όλα τα παιδιά έχουν ανάγκη της προσοχής μας. Οσο απασχολημένη και αν είναι μία αδελφή πρέπει να πλησιάσει το παιδί και να του δείξει πως το προσέχει και το αγαπά.

Καθώς φροντίζουμε όλα τα παιδιά, πρέπει να τα μιλάμε. Καμμιά φορά βέβαια, περισσότερο κι από λόγια, ένα χαμόγελο μπορεί να πει πολλά. Δίνοντας η αδελφή στο παιδί ένα παιχνίδι ή ανοίγοντας την πόρτα του δωματίου για να πει ένα "γεια σου Γιαννάκη", δείχνει την αναγνώριση και την αγάπη της προς το παιδί.

7. Βασικές αρχές τεχνικής για την προσέγγιση των παιδιών

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

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

8. Διδασκαλία γονέων

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Η αδελφή εργαζόμενη σε νοσοκομείο, κέντρο υγείας, κατασκήνωση, ιατρείο ή παιδικό σταθμό, στην ύπαιθρο ή τη μεγαλούπολη έχει χρέος και υψηλή αποστολή να διδάσκει με το παράδειγμα και τα λόγια της το τρίπτυχο της Νοσηλευτικής Παιδαγωγικής:

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

**ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ, ΙΑΤΡΙΚΟ
ΚΑΙ ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

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

Θα πρέπει να δοθεί έμφαση με μια προφυλακτική επίσκεψη και ψυχολογική φροντίδα εξαρτάται από τη διδασκαλία και την επίβλεψη από τους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους και την έμφαση στην βασική εμπειρία της ψυχολογικής κατάστασης, στην ψυχολογική φροντίδα και στην συμβουλή. Η εφαρμογή αυτής της

πρακτικής στην καθημερινή ρουτίνα είναι απαραίτητη στην ψυχολογική φροντίδα και είναι σταθερή εφαρμογή για όλες τις σοβαρές αρρώστιες και στους τραυματισμούς.

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

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

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

Ποιό προσωπικό πρέπει να εκπαιδεύεται;

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

1. Στα Παιδιατρικά νοσοκομεία πρέπει να δίνεται έμφαση προφυλακτική στην φροντίδα, και έτσι απαιτείται γενική και συνεπής εφαρμογή. Από την άλλη μεριά η φροντίδα πρέπει να είναι

μέρος της καθημερινής προσοχής που δίνεται στους σοβαρά αρρώστους και τους τραυματίες και έτσι, το πιο κατάλληλο προσωπικό για να εκπαιδευθεί θα είναι εκείνο με την μεγαλύτερη και σημαντικότερη επαφή με τον ασθενή.

Έτσι το νοσηλευτικό προσωπικό, μαζί με τα άλλα παραιατρικά επαγγέλματα (ακτινολόγους, φυσιοθεραπευτές κ.λ.π) είναι το καταλληλότερο να παρέχει τέτοια φροντίδα. Ο αριθμός τους και ο χαρακτήρας του ρόλου τους είναι τέτοιος ώστε η επέκταση του ρόλου να συμπεριλαμβάνει ευθύνες στην ψυχολογική φροντίδα.

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

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

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

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

Ψυχολογική βοήθεια συνεπάγεται άμεσο δόσιμο βοήθειας και εξακολουθώς στηρίζει τους ασθενείς σύμφωνα με την αντίδραση στη σοβαρή αρρώστια ή στο τραύμα. Αυτός ο ρόλος είναι επιχείρηση με δύο ηθικούς εξοπλισμούς στο νού. Πρώτα, είναι σκόπιμο όσο μία προσφορά ρουτίνας στον σοβαρά ασθενή και έτσι μια άψιγη, μολονότι υψηλή προτεραιότητα, συνίσταση σε καθημερινή πράξη και όχι σε πολυτέλεια όταν το επιτρέπει ο χρόνος. Δεύτερον, η έμφαση στη ρουτίνα προφυλαχτική φροντίδα είναι σκοπός της μείωσης της επίδρασης των γνωστών ανησυχιών που επιβάλλονται από την νοσηλεία τόσο καλά όσο να αντιμετωπίσει ο ασθενής από μόνος τους το στρές. Επομένως η ιατρική πρέπει να έχει πρωταρχικό σκοπό να παρέχει ισορροπημένη θεραπεία, η οποία κατα ανάγκη συμπεριλαμβάνει μορφωτικό και ψυχολογικό αντικειμενικό σκοπό.

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΑ ΔΙΔΑΣΚΕΙΣ

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

Αναγνωρίζονται έξι τομείς:

1. Παρακολούθηση της ψυχολογικής κατάστασης

Οι νοσηλεύτριες είναι ευαίσθητοι στο να καταλάβουν ποιοί από τους ανθρώπους παρουσιάζουν άγχος ακόμα και προφορικώς ή με το τρόπο τους και είναι εμπιστευτικός με την πιθανότητα της διατήρησης της ψυχολογικής ενεργητικότητας υπό της επιτήρησης και την φροντίδα τους. Είναι πολύ ενδιαφέρον να είναι ενήμεροι για την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών κατά τη διάρκεια της αρρώστιας με ερωτήσεις όπως "Πως τα καταφέρνετε;" Υπάρχει νόημα στο διάλογο ή στεναχώρια, ταραχή, θυμός, κατάθλιψη; Αντιλαμβάνονται ρεαλιστικά την κατάσταση; Ποιές είναι οι πραγματικές του ανησυχίες; Χρειάζονται βοήθεια και καλύτερη πληροφόρηση ή διαπιστώνουν συναισθηματική αντίδραση; Υπάρχει ανάγκη για πρόσθετη ενίσχυση, συντροφιά ή συμβουλές για τα προβλήματα που προκύπτουν από την αρρώστια ή τον τραυματισμό; Η ιδέα για αποδοχή της συνεπαγόμενης ευθύνης είναι κρίσιμη, είναι φυσιολογικό η νοσηλεύτρια που ξοδεύει σημαντικό χρόνο τον ασθενή της και ιδιαίτερα με τα παιδιά που έχουν πολλές ερωτήσεις και πολλά "γιατί;" να γνωρίζει για την κατάσταση του, μολονότι σε μερικές περιπτώσεις και σε θεραπείες εξωτερικών ασθενών, πρέπει να γίνει ψυχοθεραπεία, θεραπεία του λόγου, ραδιογραφική θεραπεία.

2. Παριστάνοντας τις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή

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

Είναι φανερό ότι απαραίτητο εξάρτημα της ψυχολογικής επιτήρησης είναι η αναθεώρηση της ερμηνείας του ρόλου με έμφαση στην θετική ενεργεια και στην προσωπική ευθύνη για την λύση των προβλημάτων.

Βασικά χρειαζόμαστε νοσηλευτές που να υπερβαίνουν τον παθητικό ρόλο της παράστασης της ψυχολογικής κατάστασης και αντί για αυτό "να κάνει κάτι για αυτό". Οι νοσηλευτές πρέπει να κατευθύνουν φανερά στις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή μόνοι του ή μαζί με το άλλο κατάλληλο προσωπικό.

3. Συναισθηματική φροντίδα

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

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

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

4. Φροντίδα πληροφοριών

Η έλλειψη πληροφοριών μαζί με τις ακατάλληλες ή αντιφατικές πληροφορίες, γίνεται μια μεγάλη πηγή άγχους και στεναχώριας για πολλούς ανθρώπους στα νοσοκομεία παιδων. Έτσι η μεγαλύτερη συνεισφορά για τη μείωση του στρες έχει γίνει με την σωστή παροχή πληροφοριών.

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

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

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

5. Συμβουλευόντας

Οι νοσηλευτές δεν είναι τόσο αρμόδιοι (δεν είναι καθήκον τους) όσο οι σύμβουλοι αλλά θα προσφέρουν μία αντίληψη του

βασικού σκοπού και τις εμπειρίες τους για να πετύχουν μαζί με τους συμβούλους ικανοποιητικές ευκολίες που θα είναι σημαντική συνεισφορά στη φροντίδα.

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

6. Φροντίδα υποστήριξης και συζήτησης

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

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

Δυσκολίες στην εκπαίδευση των Νοσηλευτών

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

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

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

Το σύστημα της βάρδιας, η νυχτερινή βάρδια κ.λ.π. η πίεση της δουλειάς, τα έντονα επεισόδια όλα αυτά επιδρούν. Αρκετά συχνά η εκπαίδευση έχει μειώσει την ατομική διδασκαλία σε μια επεισοδιακή βάση, η οποία είναι πολύ εντατική εργασία. Προσθέτοντας σ'αυτό, η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα στο οποίο η εκινησία είναι το κανονικό.

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

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

Δυσκολίες στην εφαρμογή

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

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

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

ΠΑΙΓΝΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ

Το 1909 μια νηπιαγωγός, η Barbi Luther, οργάνωσε για πρώτη φορά δραστηριότητες για άρρωστα παιδιά σ' ένα νοσοκομείο του Ελσίνκι στη Φιλανδία. Την ακολούθησε μια άλλη νοσοκομείο παιδών "Πριγκήπισσα Λουίζα" στη Στοκχόλμη.

Παρά το πρώιμο αυτό ξεκίνημα, το παιχνίδι δεν οργανώθηκε στα νοσοκομεία παρά μετά το 1950. Προς το τέλος της δεκαετίας του '50 η Εθνική Διεύθυνση Υγείας ανέλαβε μια έρευνα, ζητώντας στοιχεία από το προσωπικό που φρόντιζε παιδιά στα νοσοκομεία σχετικά με τις ανάγκες τους για ειδική εκπαίδευση. Μετά από το ενδιαφέρον που εκδήλωσαν οργανώθηκε το 1961 ένα σεμινάριο

ειδικά γι' αυτούς. Μετά, το 1962 και 1963 το σεμινάριο έγινε τρίμηνη εκπαίδευση.

Τέλος, από το 1965 δημιουργήθηκε ειδικευμένη εκπαίδευση τριών χρόνων στο Ινστιτούτο Ανωτέρας Παιδαγωγικής της Στοκχόλμης, η οποία αναφερόταν στις παιδαγωγικές μεθόδους που έπρεπε να χρησιμοποιούνται για παιδιά άρρωστα, ανάπηρα, καθυστερημένα.

Το 1975 το Υπουργείο δημοσίευσε τη μελέτη του "Συνεργασία για τη φροντίδα των παιδιών". Η οποία προτείνει για το παιδί στο νοσοκομείο:

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

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

Στο τμήμα αυτό της παιγνιοθεραπείας πρόκειται για τη χρησιμοποίηση του οργανωμένου παιδαγωγικού και ψυχαγωγικού παιχνιδιού σύμφωνα με τις ανάγκες και την ηλικία του αρρώστου παιδιού.

Εφαρμόζεται από ειδικούς παιδοψυχολόγους και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό. Βοηθάνε το παιδί να ξεπεράσει τα δυσάρεστα συναισθηματά του, τις αγωνίες και τους φόβους του από την εισαγωγή και παραμονή του στο νοσοκομείο. Επίσης προετοιμάζουν τα παιδιά για σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις, καθώς και για την αποδοχή μιας σοβαρής αρρώστιας που θα έχουν

να αντιμετωπίσουν. Στο χώρο αυτό αναιβένουν και παιδιά από άλλες κλινικές και απασχολούνται ανάλογα με τις δυνατότητες τους.

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

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

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

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

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

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

Για τη συνολική ανάπτυξη του παιδιού, πρέπει να περιλαμβάνουμε την κοινωνική και νοητική του εμπειρία. Το να δίνουμε το βάρος μόνο στην ιατρική πλευρά της θεραπείας παραμελώντας τον ψυχισμό, σημαίνει καθυστέρηση της αποθεραπείας του.

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

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

Γενικά οι γονείς υπερπροστατεύουν το ανάπηρο παιδί τους, υποτιμούν τις δυνάμεις του και βλάπτουν έτσι την ανάπτυξή του.

Στην εποχή μας, με τη μεγάλη ιατρική εξειδίκευση, είναι χρέος της θεραπευτικής ομάδας να βοηθήσουν αυτά τα παιδιά να αποδείξουν τι είναι ικανά να κάνουν. Είναι εξίσου χρέος να τονίζουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις φυσιολογικές τους πλευρές και να μη καθλώνονται στην αναπηρία τους.

Συχνά κάποιες σωματικές ασκήσεις αποτελούν μέρος της ιατρικής θεραπείας. Μερικοί πρέπει να ασκηθούν να μένουν όρθιοι, άλλοι γονατισμένοι ή καθιστοί. Για να διευκολύνουν το σκοπό τους προσπαθούν να κάνουν την άσκηση ελκυστική.

Για τα κλινήρη παιδιά που δεν μπορούν να πάνε στο τμήμα της παιγνιοθεραπείας πρέπει να υπάρχουν παιχνίδια που να τα μεταφέρουν κοντά στα παιδιά. Στο τμήμα της παιγνιοθεραπείας το προσωπικό έχει πρωταρχική σημασία κυρίως για τα παιδιά με ψυχικές διαταραχές. Αυτά έχουν εξίσου ανάγκη από ευχάριστο περιβάλλον και καλό εξοπλισμό σε παιχνίδια.

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

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

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

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

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

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

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

Πολλά παιδιά που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο δεν μπορούν να εκφράσουν με λόγια τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

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



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει το ερευνητικό μέρος της εργασίας.

Ουσιαστικά μπορεί να χωριστεί σε τρία μέρη: α) το γενικό μέρος, β) τα αποτελέσματα της έρευνας και γ) τα τελικά συμπεράσματα και συζήτηση.

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διαπιστωθούν πλεονεκτήματα και τυχόν μειονεκτήματα της νοσηλείας των παιδιών και κατά πόσο επηρεάζονται ψυχολογικά παιδιά - γονείς όταν τα παιδιά μπουν στο νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς που προέρχονται από Νοσοκομεία παιδών, συγκεκριμένα είναι: το Αγλαΐα Π. Κυριακού στην Αθήνα, το Αγία Σοφία στην Αθήνα, το Γενικό Περιφερειακό Πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ρίου Πατρών, καθώς και το Καραμανδάνειο της Πάτρας.

Χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα αυτή ένα καθαρά αντιπροσωπευτικό δείγμα ερωτηματολογίου, το οποίο αναφέρεται στη συνέχεια. Το σύνολο των ερωτηματολογίων της έρευνας και συνεπώς των ασθενών είναι 350 και για τα αποτελέσματα αναφέρεται εκατοστιαία αναλογία. Τα Νοσοκομεία αυτά, βέβαια, δεν νοσηλεύουν ασθενείς που γεννήθηκαν ή κατοικούν σε αυτά τα αστικά κέντρα μόνο, αλλά και ασθενείς από το πιο απόμακρο χωριό της Ελλάδας.

Το συγκεκριμένο θέμα της έρευνας, περιλαμβάνει μόνο παιδιά και οι ηλικίες κυμαίνονται από 0 έως 14 έτη.

Αναλύονται προσεκτικά στις σελίδες του ερευνητικού μέρους τα αποτελέσματα από τη μελέτη των ερωτηματολογίων και αναγράφονται αναλυτικά όλα τα στοιχεία που προέκυψαν. Για την καλύτερη κατανόηση των στατιστικών στοιχείων και την εύκολη αντίληψη των συμπερασμάτων από αυτά σχεδιάστηκαν αντίστοιχοι πίνακες και γραμμικές απεικονίσεις.

Ορισμένα ζητήματα των ερωτηματολογίων δεν έδιναν όλα τα στοιχεία που χρειάζονται για να οδηγηθούμε σε σωστό στατιστικό αποτέλεσμα.

Αυτές οι ελλείψεις στα ερωτηματολόγια οφείλονται στο γεγονός των δυσκολιών που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσής τους από τα αντίστοιχα νοσοκομεία.

Πολλοί γονείς πίστευαν ότι είναι από το νοσοκομείο και ότι αν έλεγαν την αλήθεια θα τους έκαναν κάτι κακό.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου που αναφέρεται στα παιδιά από ηλικία 0 έως 3 ετών οι ερωτήσεις απαντήθηκαν από τους γονείς.

Παρόλα όμως αυτά, κατορθώθηκε να συγκεντρωθεί το βασικό και απαραίτητο υλικό για τη διεκπεραίωση της έρευνας, γεγονός που χρωστάμε σε όχι λίγα πρόσωπα.

ΜΕΘΟΔΟΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

Η εργασία γράφτηκε σε PC JUKO-M16-AH-286, στο πρόγραμμα FRAMEWORK III, ενώ τα σχήματα έγιναν στο πρόγραμμα HARVARD GRAPHICS.

Από τα 350 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν το 58,57% στα Νοσοκομεία της Αθήνας και το υπόλοιπο 42,85% στην Πάτρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΦΥΛΟ:		
Κορίτσια	155	44,29
Αγόρια	195	55,71
ΗΛΙΚΙΕΣ:		
0 - 3 ετών	94	26,85
3 - 6 ετών	82	23,73
6 - 9 ετών	73	20,85
9 -14 ετών	101	28,85

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. (συνέχεια)

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		
Αστική περιοχή	263	75,14
Ημιαστική περιοχή	49	14,00
Αγροτική περιοχή	38	10,86
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:		
Αστική περιοχή	178	50,86
Ημιαστική περιοχή	62	17,71
Αγροτική περιοχή	110	31,43
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:		
Παθολογικά	195	55,71
Χειρουργικά	117	33,43
Ορθοπαιδικά	38	10,86

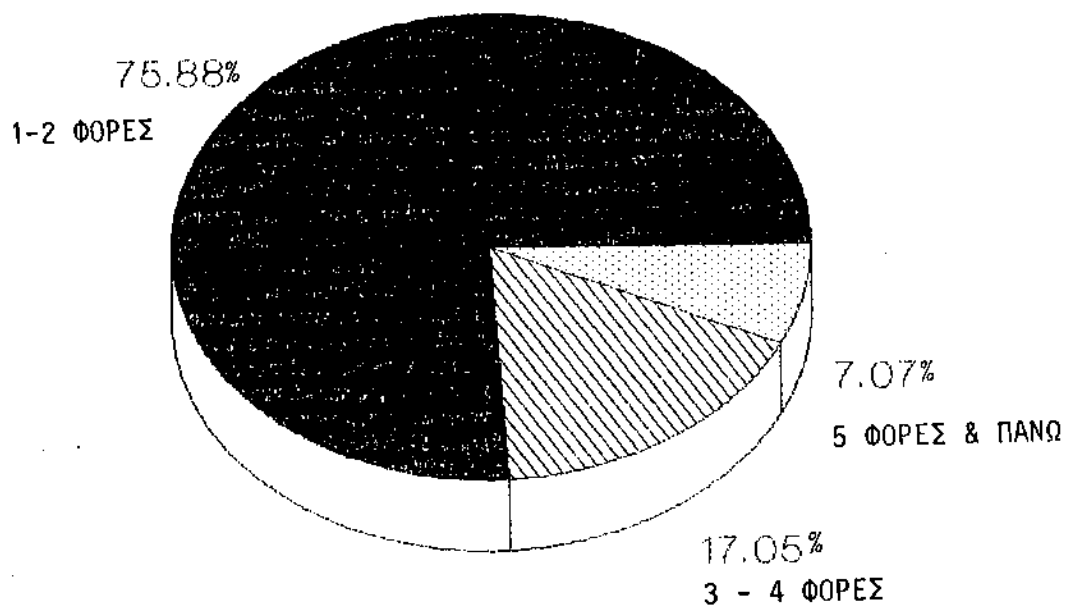
**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ
ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

ΝΟΣΗΛΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	170	48,57
ΟΧΙ	180	51,43
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Βλέπουμε ότι το 48.57% των ερωτηθέντων είχαν ξανανοσηλευθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΑΝΑΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

ΕΠΑΝΑΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1 - 2 ΦΟΡΕΣ	129	75,88
3 - 4 ΦΟΡΕΣ	29	17,05
5 ΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΠΑΝΩ	12	7,07
ΣΥΝΟΛΟ	170	100,00



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3 και στο διάγραμμα 1, το 75,88% των παιδιών είχαν ξαναεισηγηθεί 1-2 φορές, το 17,05% 3-4 φορές και το 7,07% 5 φορές και πάνω. Τα παραπάνω ποσοστά αντιστοιχούν σε σύνολο 170 ασθενών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΧΑΝ ΞΑΝΑΝΟΣΗΛΕΥΘΕΙ ΜΕ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΑΙΤΙΑ
Ή ΟΧΙ**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	62	36,47
ΟΧΙ	108	63,53
ΣΥΝΟΛΟ	170	100,00

Όπως φαίνεται, οι περισσότερες επανεισαγωγές αφορούσαν διαφορετικό νόσημα με ποσοστό 63,53% ενώ το 36,47% των επανεισαγωγών αφορούν το ίδιο νόσημα.

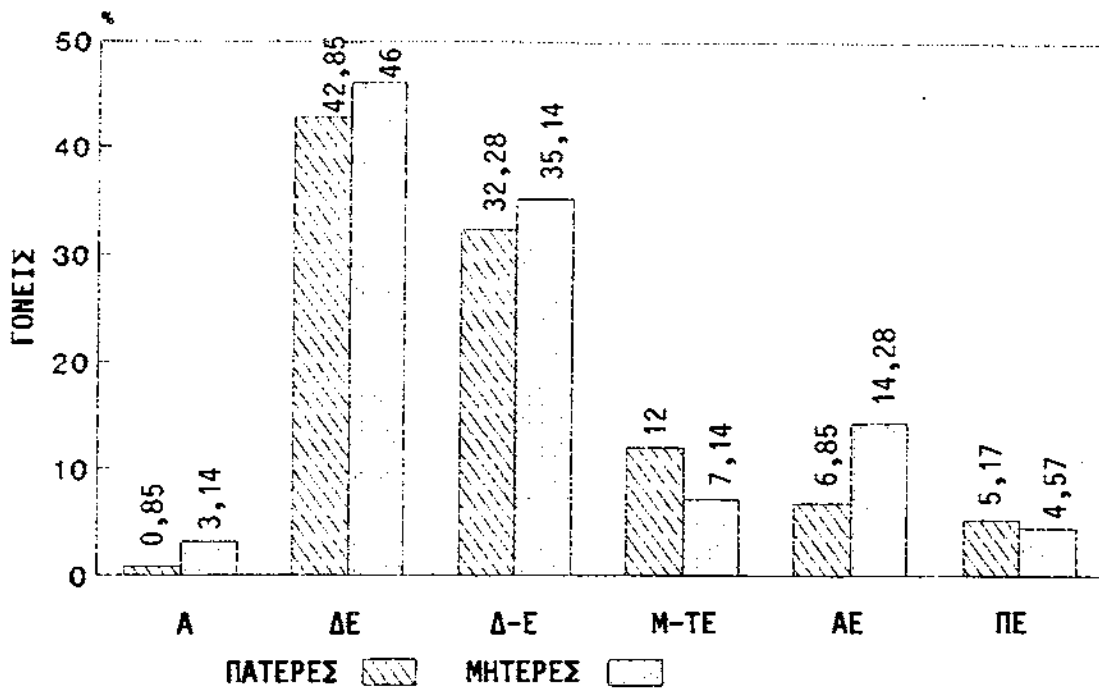
ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΟΝΕΩΝ

ΜΟΡΦΩΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ / ΠΑΤΕΡΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΑΓΡΑΜ.	3	0,85
ΔΗΜ. ΕΚΠΑΙΔ.	150	42,85
ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔ.	113	32,28
ΜΕΣΗ ΤΕΧΝ. ΕΚΠΑΙΔ.	42	12,00
ΑΝΩΤΕΡΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	24	6,85
ΠΑΝΕΠΙΣΤ.ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	18	5,17
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΟΝΕΩΝ

ΜΟΡΦΩΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ / ΜΗΤΕΡΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΑΓΡΑΜ.	11	3,14
ΔΗΜ. ΕΚΠΑΙΔ.	161	46,00
ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔ.	123	35,14
ΜΕΣΗ ΤΕΧΝ. ΕΚΠΑΙΔ.	25	7,15
ΑΝΩΤΕΡΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	15	4,28
ΠΑΝΕΠΙΣΤ.ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	16	4,57
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Στους πίνακες 5 και 6 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος στο μορφωτικό επίπεδο των γονέων καταλαμβάνει η Δ.Ε. με ποσοστό 42,85% στους πατέρες και 46% στις μητέρες.



ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΟΝΕΩΝ

Α= Αγράμματοι
 ΔΕ= Δημοτική Εκπαίδευση
 Δ-Ε= Γυμνάσιο-Λύκειο (Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση)
 Μ-ΤΕ= Μέση-Τεχνική Εκπαίδευση
 ΑΕ= Ανώτερη Εκπαίδευση
 ΠΕ= Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση

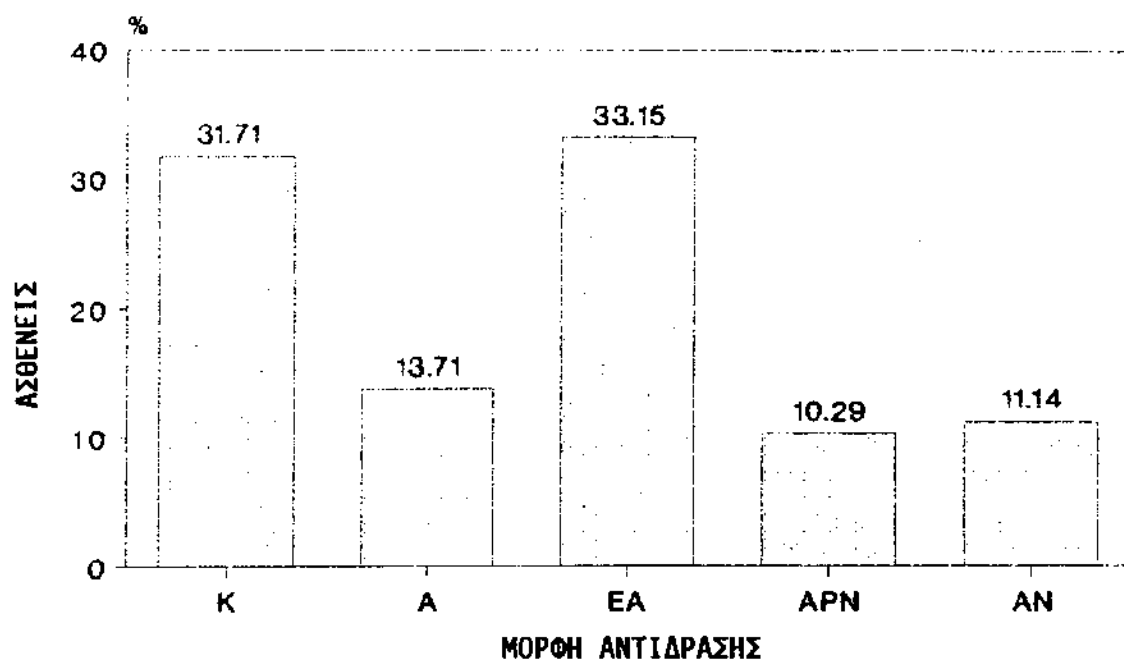
ΣΧΗΜΑ 1.

Στο παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι το 42,85% στους πατέρες και το 46% στις μητέρες έχουν μόρφωση δημοτικού σχολείου. Το 32,28% στους πατέρες και το 35,14% στις μητέρες έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 12% στους πατέρες και 7,14% στις μητέρες έχουν Μ.ΤΕ, το 6,85% στους πατέρες και 14,28% στις μητέρες έχουν ΑΕ, το 5,17% στους πατέρες και 4,57% στις μητέρες ΠΕ, ενώ το 0,85% στους πατέρες δεν έχει λάβει ούτε το βασικό μέρος της εκπαίδευσης με αντίστοιχο 3,14% στις μητέρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΙΔΗΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΛΑΜΑ	111	31,71
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	48	13,71
ΕΥΚΟΛΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	116	33,15
ΑΡΝΗΣΗ	36	10,29
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	39	11,14
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Στον πίνακα φαίνεται ότι τα περισσότερα των ερωτηθέντων παιδιών αποδέχτηκαν εύκολα την είδηση της εισαγωγής (33,15%).



Κ= ΚΛΑΜΑ
 Α= ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ
 ΕΑ= ΕΥΚΟΛΗ ΑΠΟΔΟΧΗ
 ΑΡΝ= ΑΡΝΗΣΗ
 ΑΝ= ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ

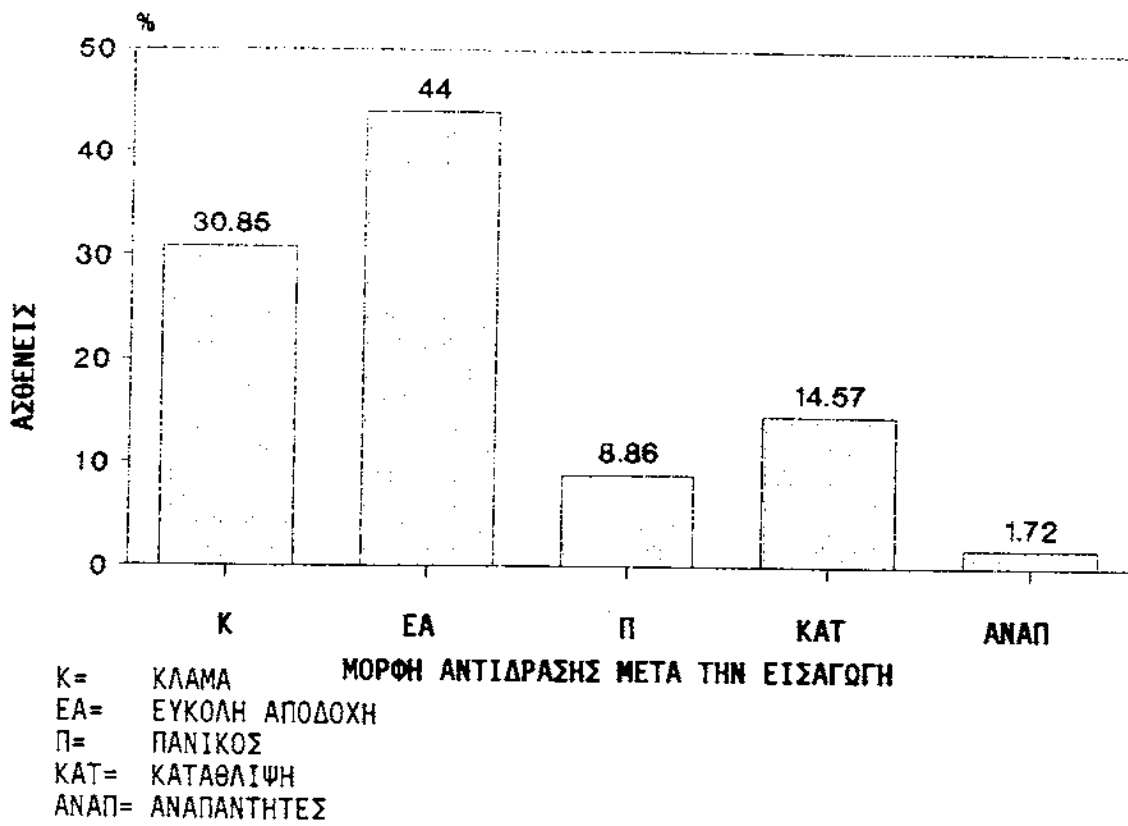
ΣΧΗΜΑ 2.

Όπως βλέπουμε τόσο από τον πίνακα 7, όσο και από το σχήμα 2, ποσοστό 33,15% δέχτηκε με ευκολία την είδηση της εισαγωγής. Με κλάμα αντέδρασε ένα ποσοστό 31,71%, ενώ το 13,71% αδιαφόρησε και 10,29% αρνήθηκε την εισαγωγή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΛΑΜΑ	108	30,85
ΕΥΚΟΛΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	154	44,00
ΠΑΝΙΚΟΣ	31	8,86
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	51	14,57
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	6	1,72
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Από τον πίνακα 8 φαίνεται ότι μετά την εισαγωγή, το 44% των παιδιών προσαρμόζονται εύκολα στο νοσοκομείο.



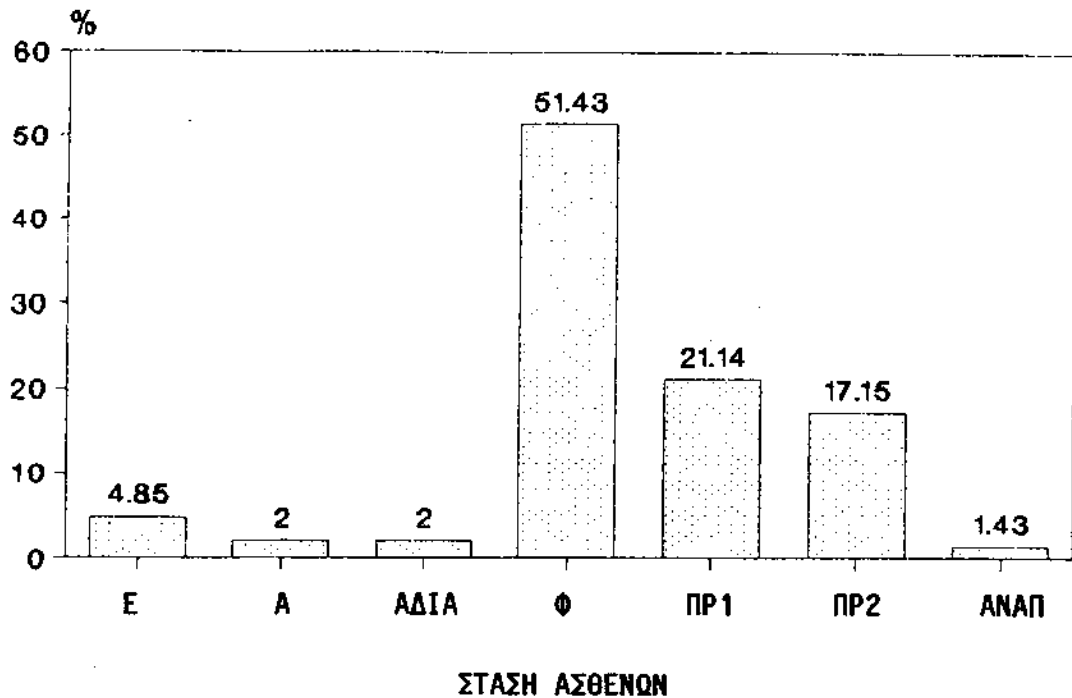
ΣΧΗΜΑ 3.

Όπως βλέπουμε από τον πίνακα 8 και το σχήμα 3, τα περισσότερα παιδιά δέχονται εύκολα την εισαγωγή τους (44%). Το 30,85% αντιδρούν στην εισαγωγή με κλάμα, το 14,57% παρουσιάζει κατάθλιψη, ενώ 8,86% πανικοβάλλεται.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

ΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΕΧΘΡΙΚΗ	17	4,85
ΑΡΝΗΤΙΚΗ	7	2,00
ΑΔΙΑΦΟΡΗ	7	2,00
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	180	51,43
ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ ΣΤΟΝ ΕΝΑ ΓΟΝΕΑ	74	21,14
ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΓΟΝΕΙΣ	60	17,15
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	6	1,43
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Φαίνεται ότι τα περισσότερα παιδιά δεν αλλάζουν στάση προς τους γονείς τους μετά την εισαγωγή τους (51,43%).



Ε= ΕΧΘΡΙΚΗ
 Α= ΑΡΝΗΤΙΚΗ
 ΑΔΙΑ=ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ
 Φ= ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ
 ΠΡ1= ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ ΣΕ ΕΝΑΝ ΓΟΝΕΑ
 ΠΡ2= ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ ΣΕ ΔΥΟ ΓΟΝΕΙΣ
 ΑΝΑΠ=ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ

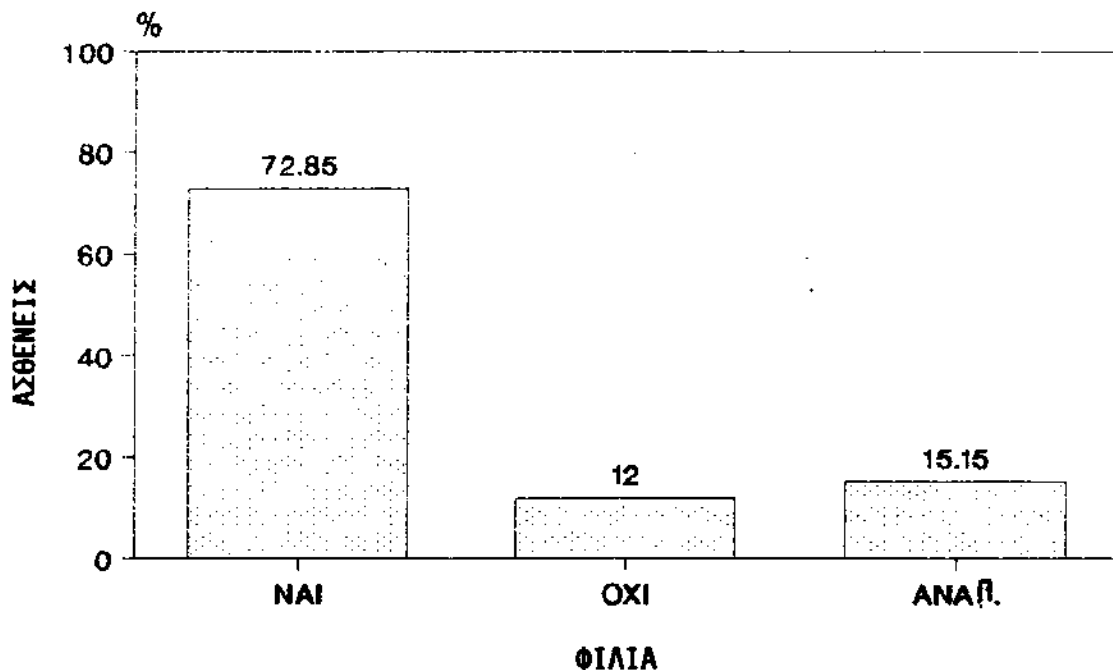
ΣΧΗΜΑ 4.

Στον πίνακα 9 και στο αντίστοιχο σχήμα 4, παρατηρούμε ότι ένα ποσοστό 51,43% των παιδιών διατηρούν τη φυσιολογική στάση προς τους γονείς τους μετά την εισαγωγή. Το 21,14% των παιδιών παρουσιάζει προσήλωση μόνο στον ένα γονέα, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό (17,15%) παρουσιάζει προσήλωση και στους δύο γονείς. Τα παιδιά που παρουσιάζουν εχθρική στάση προς τους γονείς τους αποτελούν το 4,85%, το 2% αδιαφορεί, ενώ ένα 2% επίσης αρνείται τους γονείς του. Δεν απάντησαν 1,43% των ασθενών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΦΙΛΙΑ

ΦΙΛΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	255	72,85
ΟΧΙ	42	12,00
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	53	15,15
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Τα περισσότερα παιδιά (72,85%) δημιουργούν φιλλες με ευκολία, από ότι είδαμε.



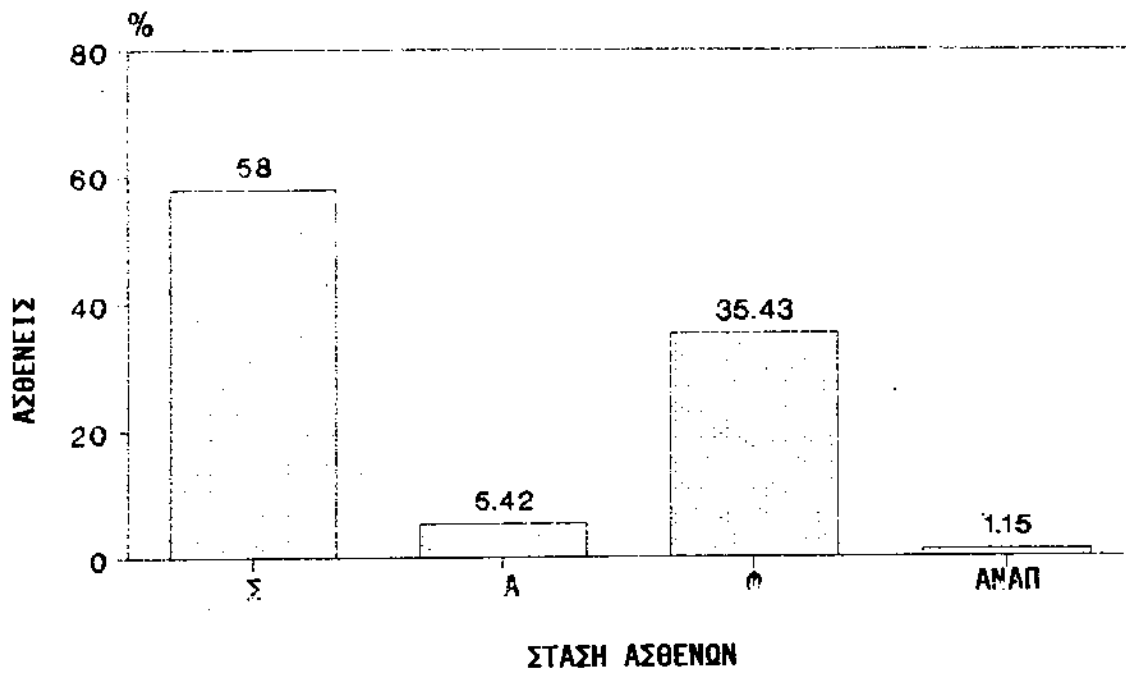
ΣΧΗΜΑ 5.

Ένα μέρος των παιδιών που μπαίνουν στο νοσοκομείο, δημιουργούν φιλλες με άλλα παιδιά (72,85%). Το 12% δεν κάνει εύκολα φιλλες ενώ το υπόλοιπο 15,15% δεν έδωσαν απάντηση στην ερώτηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. ΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ

ΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	203	58,00
ΑΡΝΗΣΗ	19	5,42
ΦΟΒΟΣ	124	35,43
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	4	1,15
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Υπάρχει συνεργασία με τους γιατρούς σε ένα ποσοστό 58%.



Σ= ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
 Α= ΑΡΝΗΣΗ
 Φ= ΦΟΒΟΣ
 ΑΝΑΠ= ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ

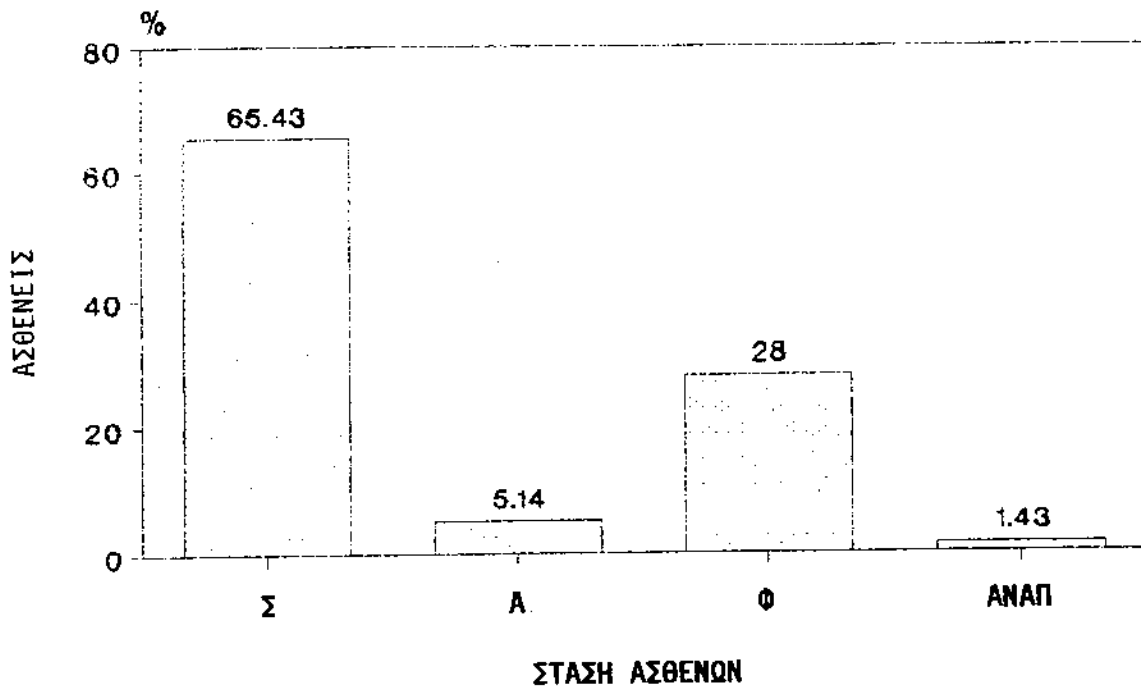
ΣΧΗΜΑ 6.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 11 και το σχήμα 6, το 58% των παιδιών συνεργάζεται με τους γιατρούς. Το 35,43% αισθάνεται φόβο απέναντί τους, ενώ το 5,42% αρνείται την εξέταση από το γιατρό. Ποσοστό 1,45% δεν απάντησαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. ΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	229	65,43
ΑΡΝΗΣΗ	18	5,14
ΦΟΒΟΣ	98	28,00
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	5	1,43
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Ποσοστό 65,43% των παιδιών συνεργάζεται με το νοσηλευτικό προσωπικό.



Σ= ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
 Α= ΑΡΝΗΣΗ
 Φ= ΦΟΒΟΣ
 ΑΝΑΠ= ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ

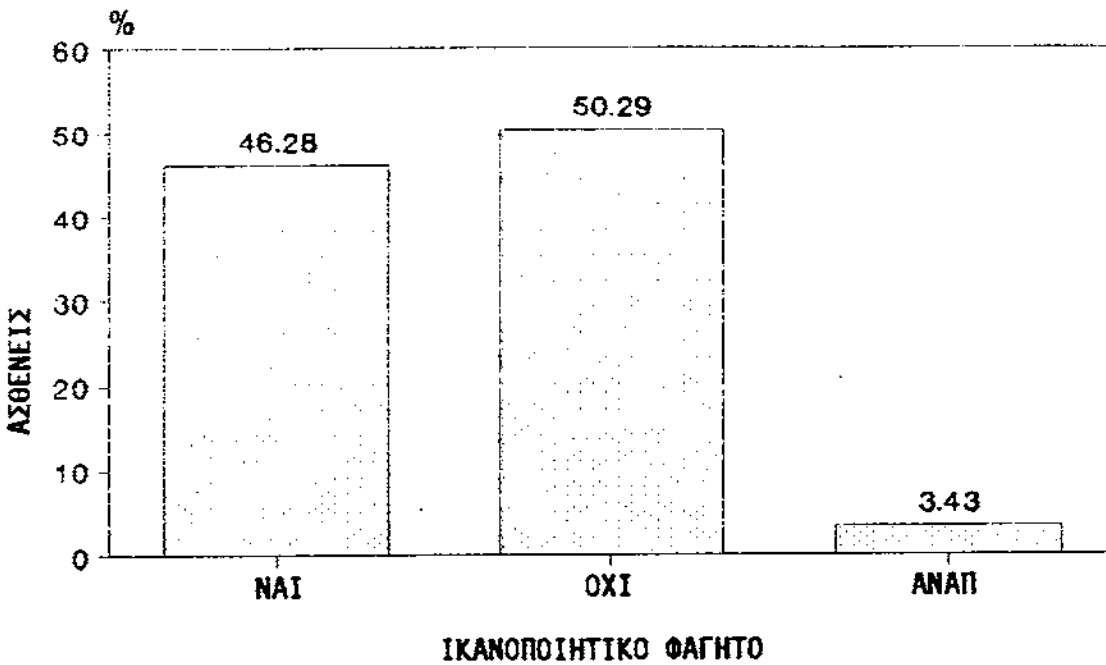
ΣΧΗΜΑ 7.

Στον πίνακα 12 καθώς και στο σχήμα 7, βλέπουμε ότι τα περισσότερα παιδιά (65,43%) συνεργάζονται με το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, 28% φοβάται, ενώ 5,14% αρνείται τη συνεργασία. Ποσοστό 1,43% δεν απάντησαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. ΦΑΓΗΤΟ

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΦΑΓΗΤΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	162	46,28
ΟΧΙ	176	50,29
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	12	3,42
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Στο 50,29% των παιδιών δεν αρέσει το φαγητό του νοσοκομείου.



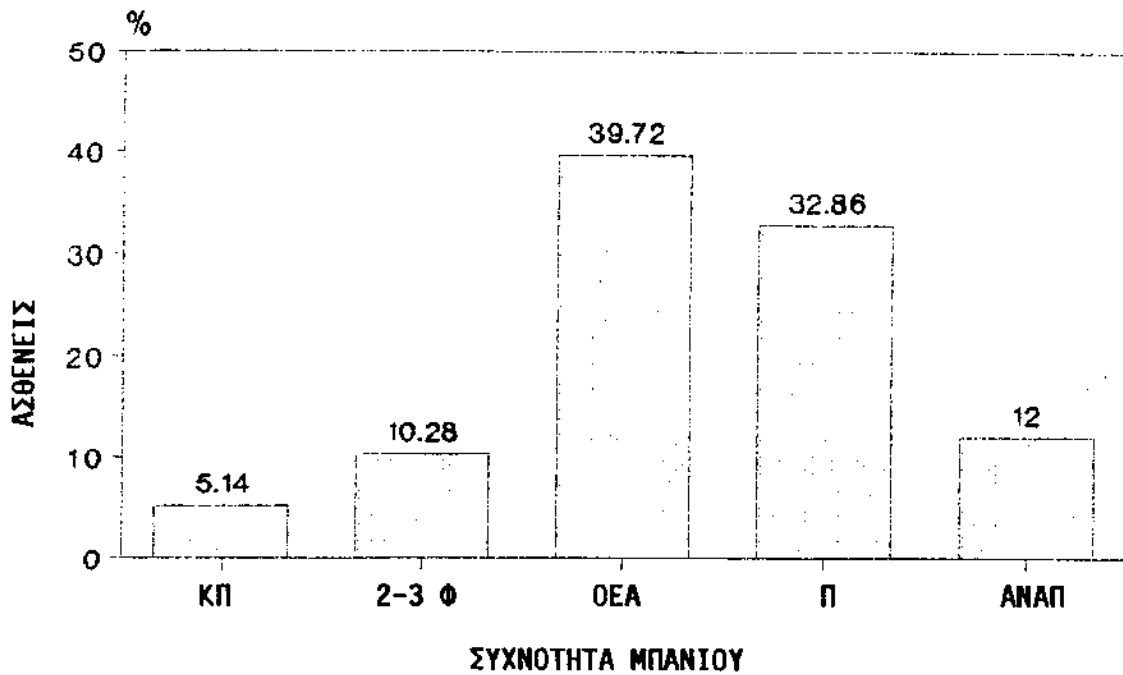
ΣΧΗΜΑ 8.

Από τον παραπάνω πίνακα 13 και το σχήμα 8, φαίνεται ότι το 50,29% των παιδιών δεν ικανοποιείται από την ποιότητα του φαγητού που σερβίρεται στο νοσοκομείο. Το υπόλοιπο 46% δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα. Το 3,43% δεν απάντησαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΠΑΝΙΟΥ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΠΑΝΙΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΑΘΕ ΠΡΩΙ	18	5,14
2 - 3 ΦΟΡΕΣ	36	10,28
ΟΠΟΤΕ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΗ	139	39,72
ΠΟΤΕ	115	32,86
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	42	12,00
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Μπάνιο στο νοσοκομείο τα περισσότερα παιδιά (39,72%) κάνουν μόνο όποτε είναι ανάγκη.



ΚΠ= ΚΑΘΕ ΠΡΩΙ
 2-3 Φ= 2 - 3 ΦΟΡΕΣ
 ΟΕΑ= ΟΠΟΤΕ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΗ
 Π= ΠΟΤΕ
 ΑΝΑΠ= ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ

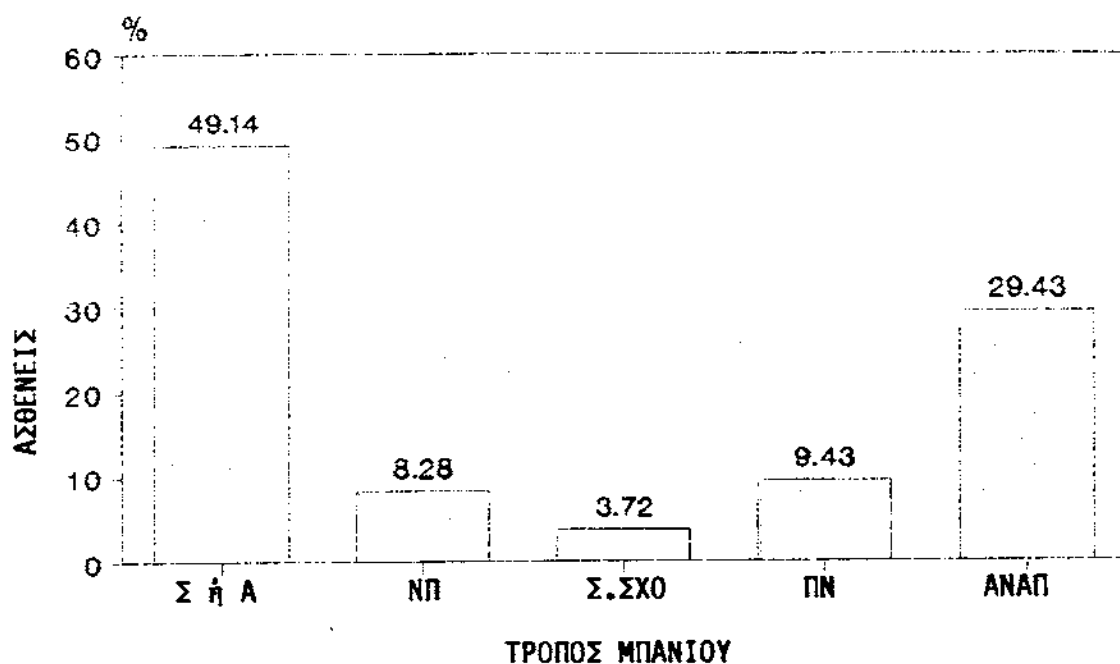
ΣΧΗΜΑ 9.

Το 39,72% των παιδιών που είναι στο νοσοκομείο, κάνουν μπάνιο όποτε είναι ανάγκη. Επίσης στον παραπάνω πίνακα 14 και στο σχήμα 9, βλέπουμε ότι ένα ποσοστό 32,86% δεν κάνει μπάνιο καθόλη τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, 10,28% κάνουν μπάνιο 2-3 φορές την εβδομάδα και μόνο ένα ποσοστό 5,14% κάνει μπάνιο κάθε πρωί. Το υπόλοιπο 12% δεν απάντησε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. ΒΟΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΠΑΝΙΟ

ΒΟΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΠΑΝΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΣΥΝΟΔΟΣ-ΑΣΘΕΝΗΣ	172	49,14
ΝΟΣΗΛ. ΠΡΟΣΩΠ.	29	8,28
ΣΠΟΥΔΑΣ. ΣΧΟΛΩΝ	13	3,72
ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΝΟΣ.	33	9,43
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	103	29,43
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Τα περισσότερα παιδιά βοηθούνται στο πλύσιμο από τους συνοδούς ή μόνα τους (49,14%).



Σ ή Α= ΣΥΝΟΔΟΣ ή ΑΣΘΕΝΗΣ
 ΝΠ= ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
 Σ.ΣΧΟ= ΣΠΟΥΔΑΣΤ. ΣΧΟΛΩΝ
 ΠΝ= ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΣ
 ΑΝΑΠ= ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ

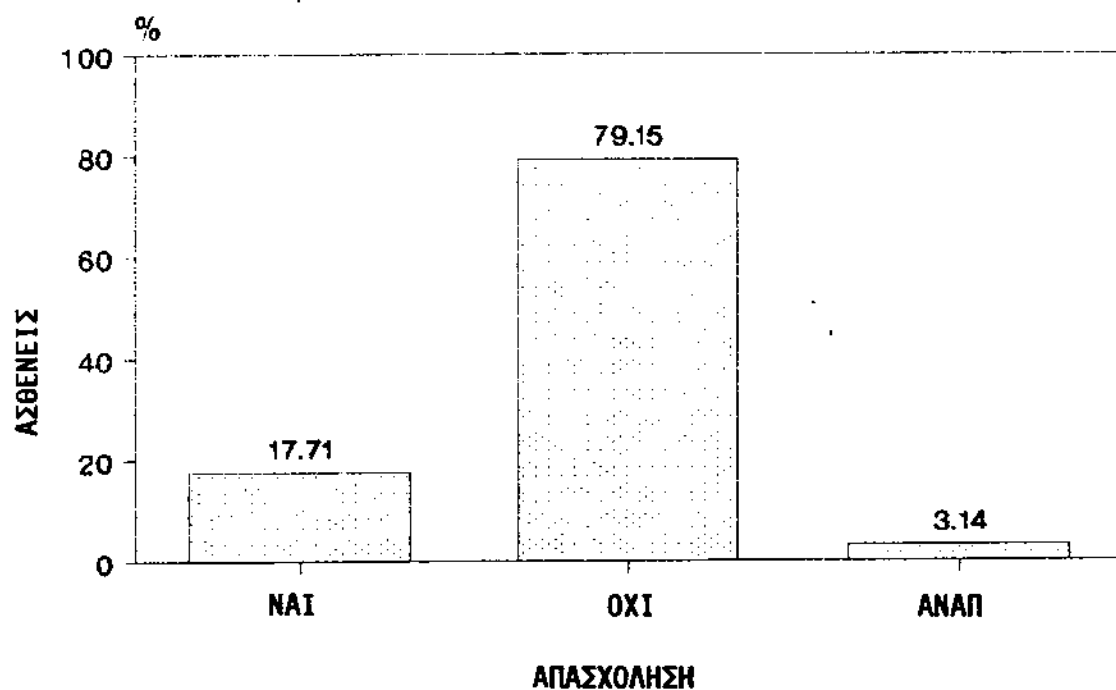
ΣΧΗΜΑ 10.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 15 και στο σχήμα 10, το 49,14% των νοσηλευομένων παιδιών, βοηθούνται στο πλύσιμο από τους γονείς τους (ή μόνο τους). Σε ποσοστό 8,28% το μπάνιο γίνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό, 9,43% από τις πρακτικές νοσοκόμες και 3,72% από τους σπουδαστές σχολών νοσηλευτικής. Το 29,43% δεν απάντησαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. ΤΡΟΠΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	62	17,71
ΟΧΙ	277	79,15
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	11	3,14
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Βλέπουμε ότι το 79,15% των ερωτηθέντων παιδιών απάντησαν ότι δεν υπάρχει τρόπος απασχόλησης στο νοσοκομείο.

**ΣΧΗΜΑ 11.**

Από τον πίνακα 16 και το σχήμα 11, φαίνεται ότι το 79,15% των παιδιών δεν βρίσκουν απασχόληση μέσα στο νοσοκομείο. Ένα μικρό ποσοστό (17,71%) είχε κάποιο μέσο απασχόληση. Το υπόλοιπο 3,14% δεν απάντησε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΓΝΩΡΙΜΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

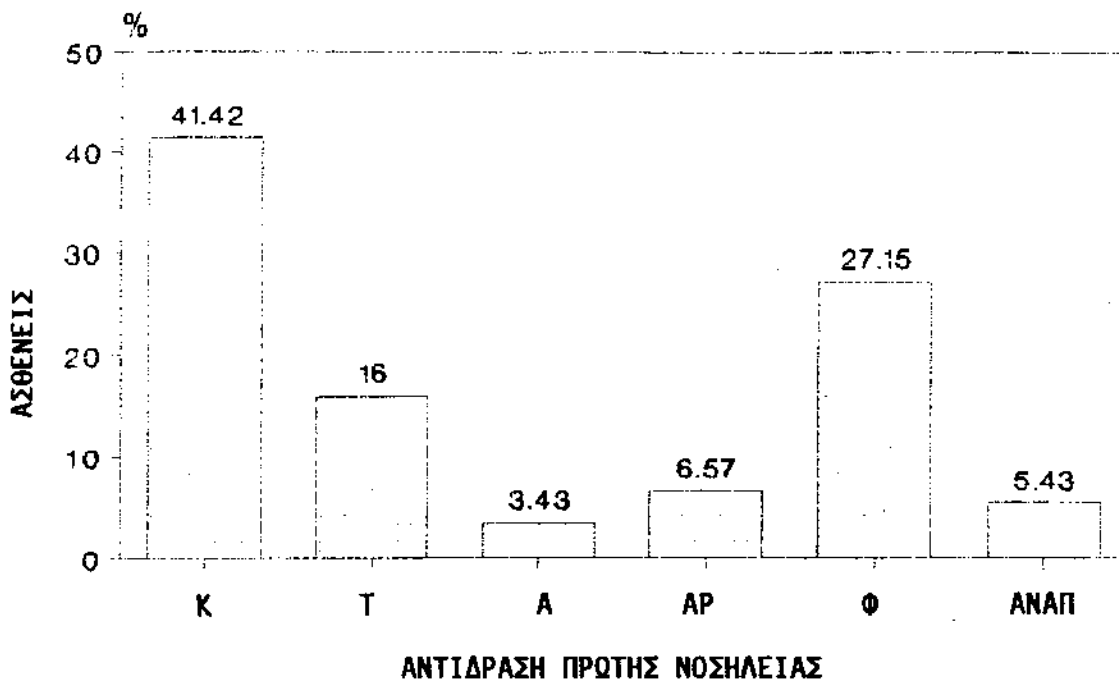
ΓΝΩΡΙΜΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	221	63,14
ΟΧΙ	65	18,57
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	64	18,29
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Από αυτόν τον πίνακα, φαίνεται ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (63,14%) των παιδιών που νοσηλεύονται, θα ήθελαν να γνωρίσουν παιδιά με την ίδια αρρώστια. Το 18,57% δεν θέλει και το 18,29% δεν απάντησε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΠΡΩΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΛΑΜΑ	145	41,42
ΤΑΡΑΧΗ	56	16,00
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	12	3,43
ΑΡΝΗΣΗ	23	6,57
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	95	27,15
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	19	5,43
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Το μεγαλύτερο μέρος των παιδιών (41,42%) αντιδρούν με κλάμα στην πρώτη νοσηλεία.



Κ= ΚΛΑΜΑ
 Τ= ΤΑΡΑΧΗ
 Α= ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ
 ΑΡ= ΑΡΝΗΣΗ
 Φ= ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ
 ΑΝΑΠ= ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ

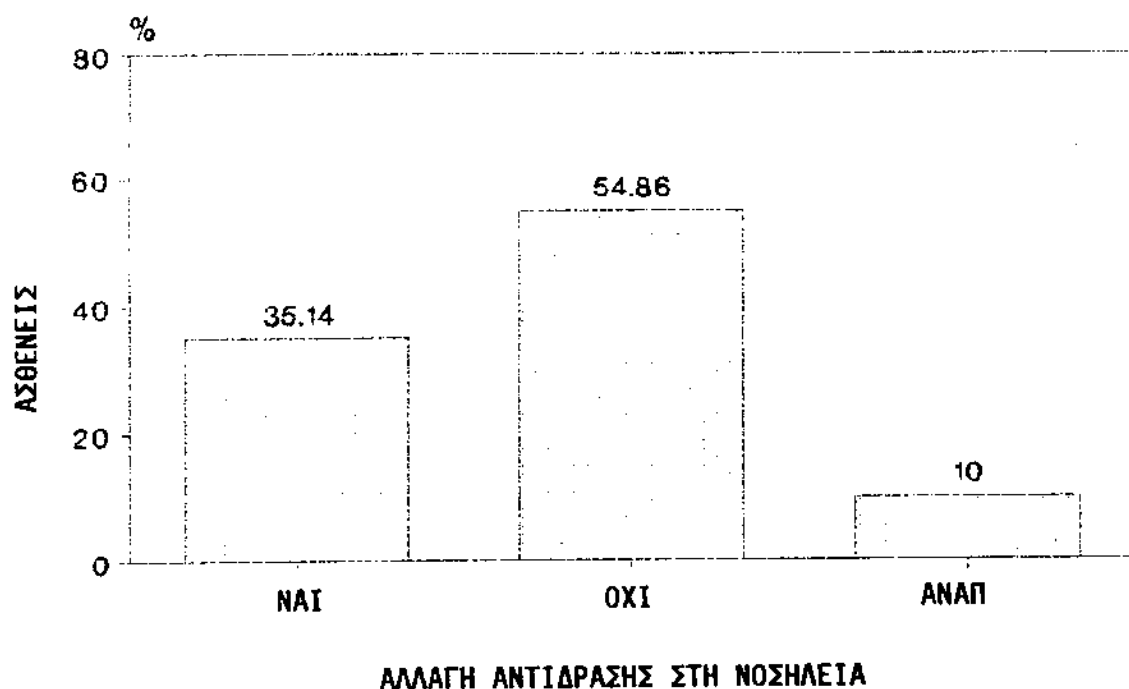
ΣΧΗΜΑ 12.

Από τον πίνακα 18 και το σχήμα 12, βλέπουμε ότι με κλάμα στην πρώτη νοσηλεία αντιδρά ένα ποσοστό 41,42% των παιδιών. Ακολουθεί ένα 27,15% με φυσιολογική αντίδραση, 16% των παιδιών παρουσιάζει ταραχή, 6,57% αρνείται τη νοσηλεία και 3,43% είναι αδιάφορα, δηλαδή δεν παρουσιάζουν καμιά αντίδραση. Ποσοστό 5,43% δεν απάντησε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. ΑΛΛΑΓΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΕΠΟΜΕΝΩΝ ΗΜΕΡΩΝ

ΑΛΛΑΓΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	123	35,14
ΟΧΙ	192	54,86
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	35	10,00
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Το μεγαλύτερο μέρος των παιδιών δεν άλλαξε αντίδραση στη νοσηλεία των επόμενων ημερών (54,86%).



ΣΧΗΜΑ 13.

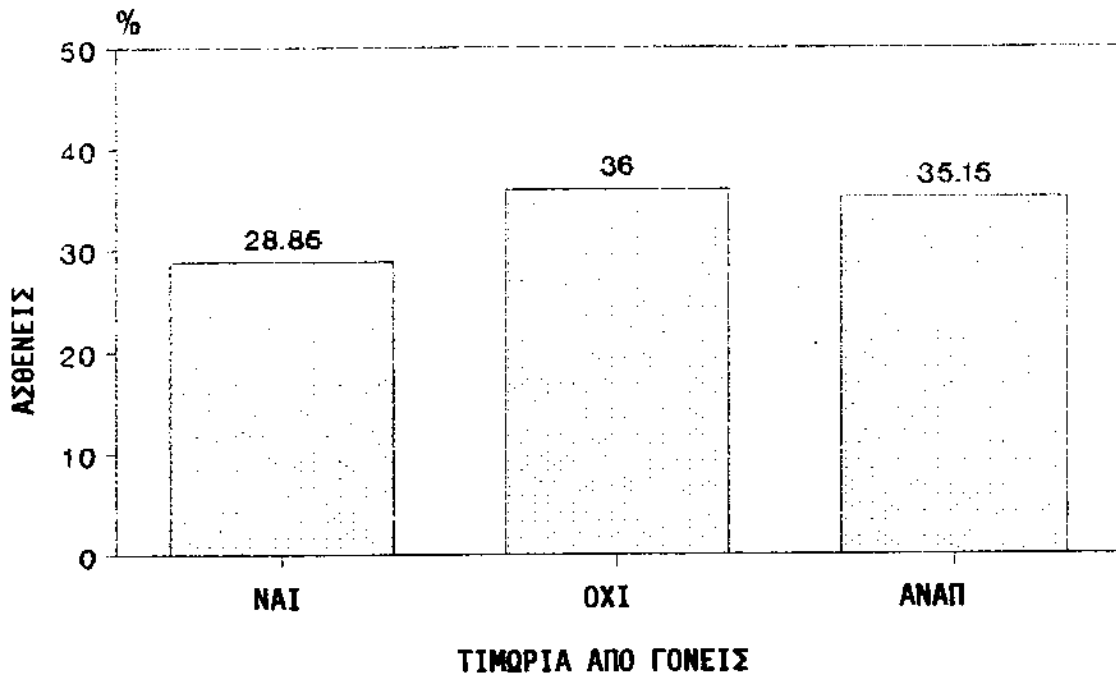
Βλέπουμε ότι ποσοστό 54,86% των παιδιών δεν άλλαξε στάση απέναντι στη νοσηλεία των επόμενων ημερών, από την αρχική τους, ενώ 35,14% άλλαξε. 10% δεν απάντησαν.

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. ΕΚΦΟΒΙΣΗ ΑΠΟ ΓΟΝΕΙΣ

ΤΙΜΩΡΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	101	28,85
ΟΧΙ	126	36,00
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	123	35,15
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Το 28,85% των παιδιών είχε τιμωρηθεί από τους γονείς του, με την περιγραφή της ένεσης ή την επίσκεψη στο γιατρό.



ΣΧΗΜΑ 14.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 20 και στο σχήμα 14, τα περισσότερα παιδιά (36%) δεν είχαν τιμωρηθεί από τους γονείς τους, ενώ το 28,85% είχε δεχτεί σαν τιμωρία το φόβο της ένεσης ή της επίσκεψης στον γιατρό. 35,19% δεν απάντησαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΤΟ ΘΑΛΑΜΟ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΜΑΝΑΣ

ΩΡΑ ΝΟΣΗΛ.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	257	73,42
ΟΧΙ	61	17,43
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	32	9,15
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Το 73,42% των παιδιών θέλουν τη μητέρα τους στο θάλαμο κατά την ώρα της νοσηλείας, ενώ το 17,43% όχι. Αναπάντητο έμεινε το 9,15%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

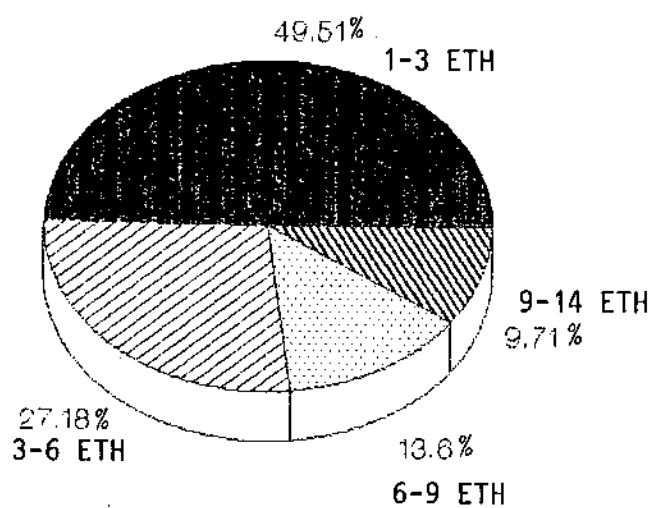
ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ ΓΟΝΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	111	31,71
ΟΧΙ	216	61,72
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	23	6,57
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Ποσοστό 61,72% των παιδιών που ρωτήθηκαν δεν έχουν αποχωριστεί τους γονείς τους.

Στον πίνακα 22Α και στο διάγραμμα 2 φαίνονται οι ηλικίες αποχωρισμού στα παιδιά που απάντησαν ΝΑΙ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22Α.

ΗΛΙΚΙΕΣ ΑΠΟΧΩΡ.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1 - 3	51	49,51
3 - 6	28	27,18
6 - 9	14	13,60
9 -14	10	9,71
ΣΥΝΟΛΟ	103	100,00



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.

Όπως βλέπουμε από τα παιδιά που ρωτήθηκαν και απάντησαν ΝΑΙ, 49,51% αποχωρίστηκαν από τους γονείς τους στην ηλικία 1-3 ετών, 27,18% στην ηλικία των 3-6 ετών, 13,6% στα 6-9 έτη και 9,71% στην ηλικία των 9-14 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΝΟΣ.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	202	57,71
ΟΧΙ	92	26,29
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	56	16,00
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Βλέπουμε ότι 57,71% των παιδιών είχαν επισκεφθεί νοσοκομείο πριν από την εισαγωγή τους, έστω και για κάποιο γνωστό τους πρόσωπο. Το 26,29% δεν είχε αυτή την εμπειρία, ενώ αναπάντητο έμεινε το 16%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. ΕΠΙΛΟΓΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ή ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

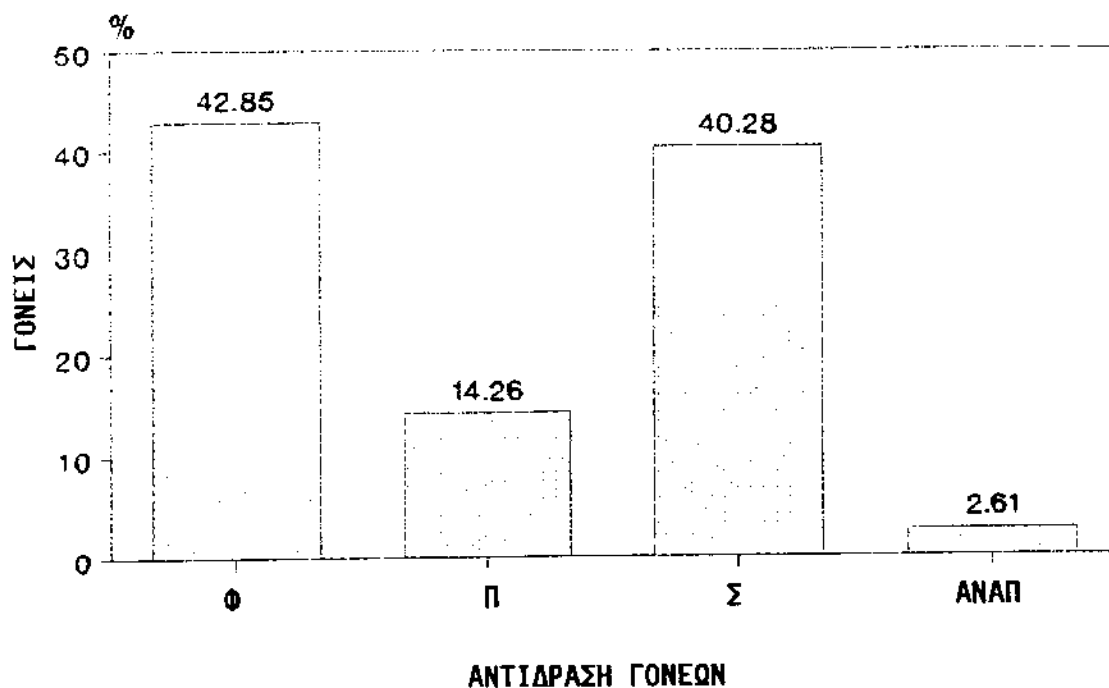
ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΣΠΙΤΙ	193	55,14
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	122	34,86
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	35	10,00
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Στον πίνακα 24 φαίνεται ότι 55,14% των παιδιών θα προτιμούσαν να νοσηλεύονται στο σπίτι τους. Το 34,86% στο νοσοκομείο, ενώ 10% δεν απάντησε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25. ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΦΟΒΟΣ	150	42,85
ΠΑΝΙΚΟΣ	50	14,26
ΣΙΓΟΥΡΙΑ	141	40,28
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	9	2,61
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Με φόβο αντέδρασε το 42,85% των γονέων στην εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο.



Φ= ΦΟΒΟΣ
 Π= ΠΑΝΙΚΟΣ
 Σ= ΣΙΓΟΥΡΙΑ
 ΑΝΑΠ= ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ

ΣΧΗΜΑ 15.

Ποσοστό 42,85% των γονέων φοβήθηκε με την είδηση της εισαγωγής του παιδιού τους στο νοσοκομείο. Ένα 40,28% ένοιωσαν σιγουριά, ενώ 14,26% πανικοβλήθηκε. 2,61% δεν απάντησαν.

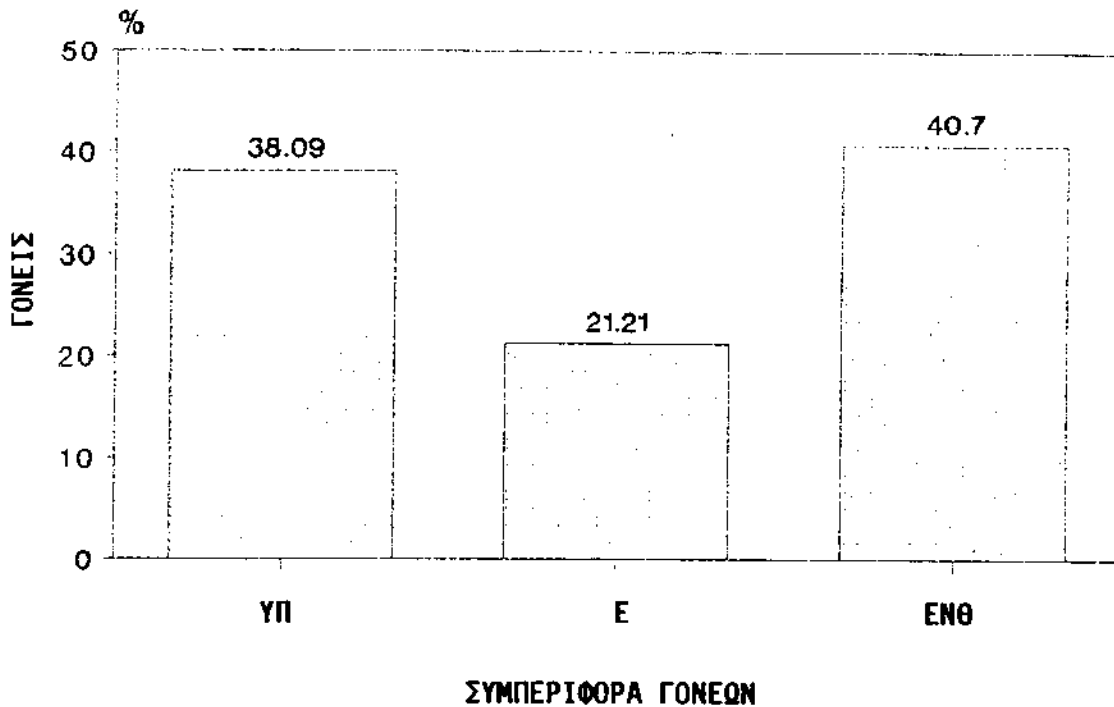
ΠΙΝΑΚΑΣ 26. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ

ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	231	66,00
ΟΧΙ	110	31,42
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	9	2,58
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Το 66% των γονέων άλλαξε συμπεριφορά απέναντι στο νοσηλευόμενο παιδί τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26Α.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΥΠΕΡΜΕΤΡΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ	88	38,09
ΕΦΗΣΥΧΑΣΜΟΣ	49	21,21
ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ	94	40,70
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	119	
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00



ΥΠ= ΥΠΕΡΜΕΤΡΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ
 Ε= ΕΦΗΣΥΧΑΣΜΟΣ
 ΕΝΘ= ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ

ΣΧΗΜΑ 16.

Όπως βλέπουμε από τον πίνακα 26Α και το σχήμα 16, το μεγαλύτερο μέρος των γονέων που άλλαξε συμπεριφορά προς το νοσηλευόμενο παιδί τους, 40,7% ενθάρρυναν τα παιδιά, 38,09% έδειχνε υπέρμετρη προστατευτικότητα και 21,21% εφουχάζαν το παιδί τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. ΣΙΓΟΥΡΙΑ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

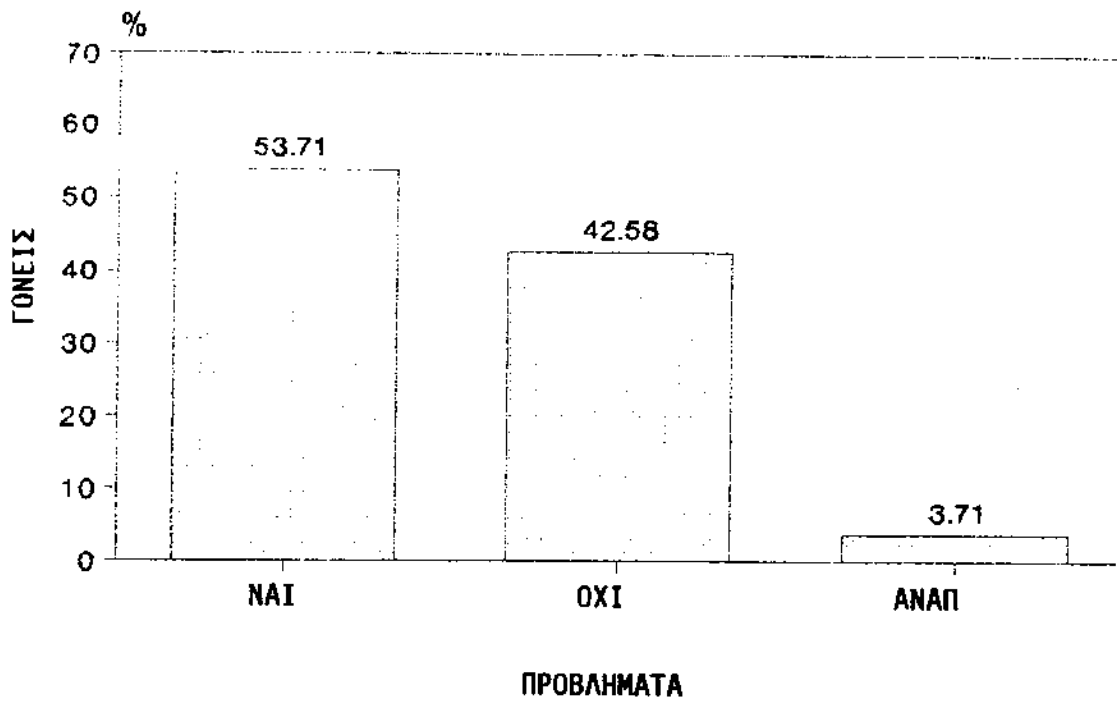
ΣΙΓΟΥΡΙΑ ΓΟΝΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	304	86,85
ΟΧΙ	38	10,86
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	8	2,29
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Ποσοστό 86,85% των γονέων νοιώθουν σιγουριά μέσα στο νοσοκομείο για το παιδί τους. Το 10,86% όχι, ενώ το 2,29% δεν απάντησαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28.**ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑ**

ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	188	53,71
ΟΧΙ	149	42,58
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	13	3,71
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Στον πίνακα 28 βλέπουμε ότι το 53,71% των γονέων απάντησαν ότι τα παιδιά τους παρουσίασαν προβλήματα μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Αναλυτικά τα προβλήματα φαίνονται στον πίνακα 28Α και το σχήμα 18.

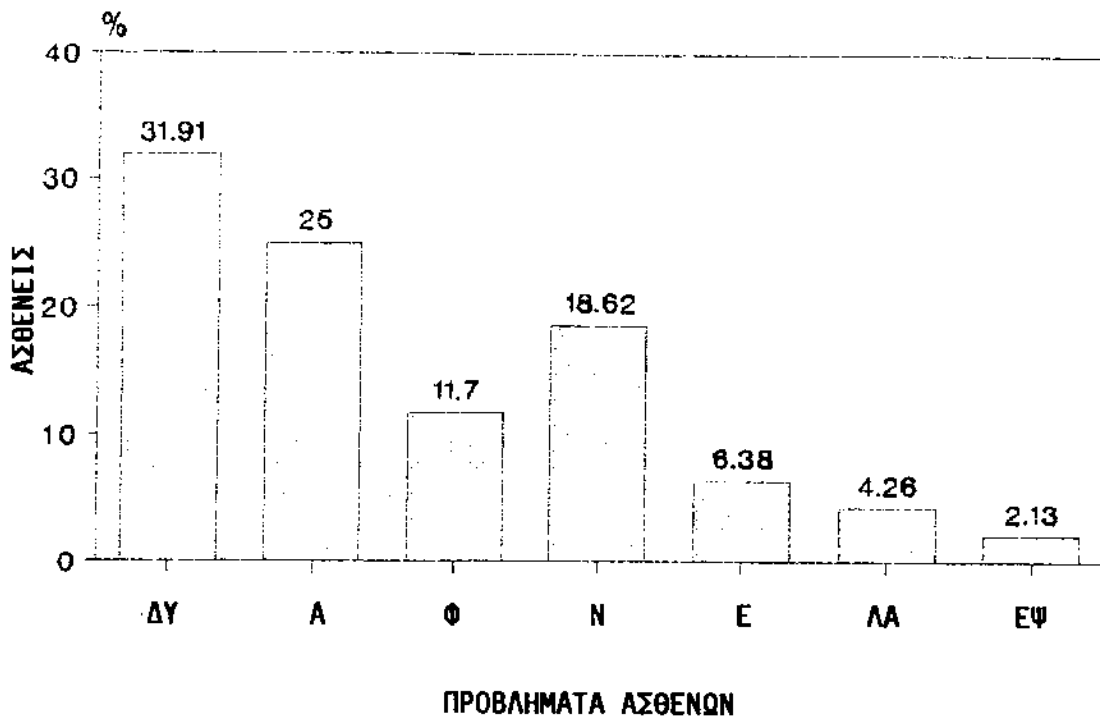


ΣΧΗΜΑ 17.

Βλέπουμε ότι το 53,71% των γονιών που ρωτήθηκαν διαπίστωσαν προβλήματα προσαρμογής και διαμονής των παιδιών τους στο νοσοκομείο, ενώ 42,58% απάντησαν πως τα παιδιά δεν παρουσίασαν κανένα πρόβλημα. Το 3,71% δεν απάντησε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28Α. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΥΠΝΟΥ	60	31,91
ΑΝΟΡΕΞΙΑ	47	25,00
ΦΟΒΙΕΣ	22	11,70
ΝΕΥΡΙΚΟΤΗΤΑ	35	18,62
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	12	6,38
ΛΙΓΟΤΕΡΗ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ	8	4,26
ΕΠΙΒΡΑΔ. ΨΥΧΟΣΩΜ.	4	2,13
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ		
ΣΥΝΟΛΟ	188	100,00



ΔΥ= ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΥΠΝΟΥ	Ε= ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ
Α= ΑΝΟΡΕΞΙΑ	ΛΑ= ΛΙΓΟΤΕΡΗ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ
Φ= ΦΟΒΙΕΣ	ΕΨ= ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ
Ν= ΝΕΥΡΙΚΟΤΗΤΑ	

ΣΧΗΜΑ 18.

Τα περισσότερα παιδιά (31,91%) παρουσίασαν δυσκολίες στον ύπνο. Το 25% των παιδιών παρουσίασε ανορεξία, 18,62% νευρικότητα, 11,7% φοβίες, 6,3% επιθετικότητα προς το περιβάλλον του, 4,26% λιγότερη αυτονομία και 2,13% επιβράδυνση στην ψυχοσωματική ανάπτυξη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29.

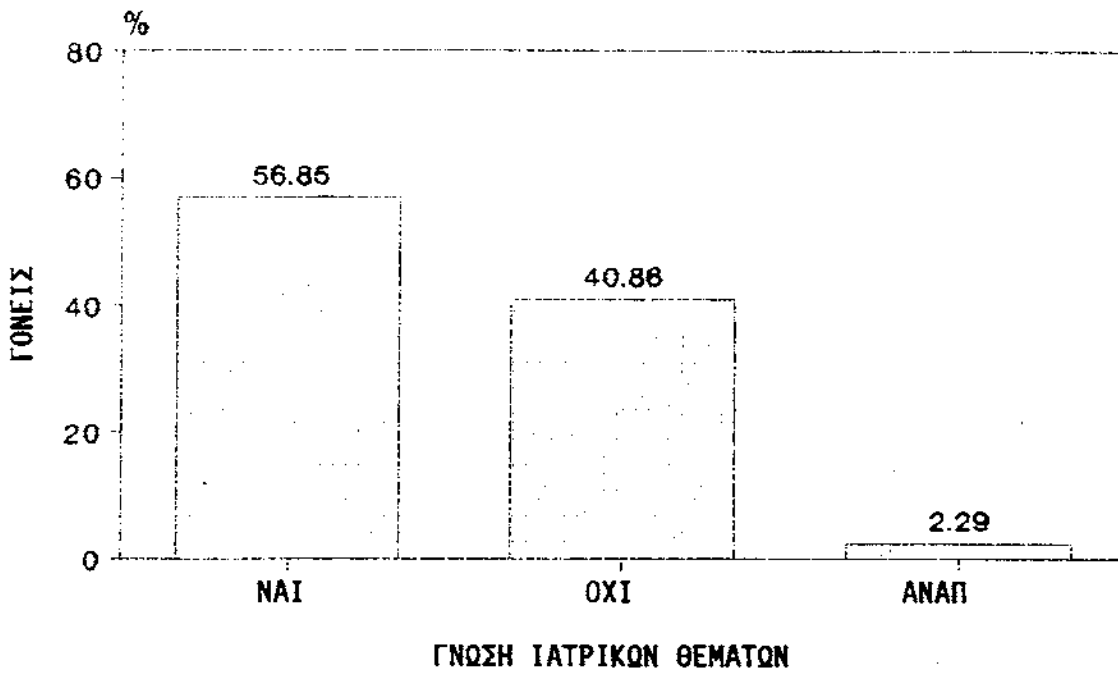
ΑΠΟΔΟΧΗ ΑΡΡΩΣΤΕΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	187	53,42
ΟΧΙ	133	38,00
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	30	8,58
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Το 53,42% των γονέων πιστεύει ότι η ασθένεια του παιδιού θα γινόταν πιο εύκολα αποδεκτή σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ το 38% το αντίθετο. Χωρίς απάντηση έμεινε ένα 8,58%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. ΓΝΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

ΓΝΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	199	56,85
ΟΧΙ	143	40,86
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	8	2,29
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Σε ποσοστό 56,85% οι γονείς ήταν ενημερωμένοι για ιατρικά θέματα πριν την εισαγωγή του παιδιού τους στο νοσοκομείο.



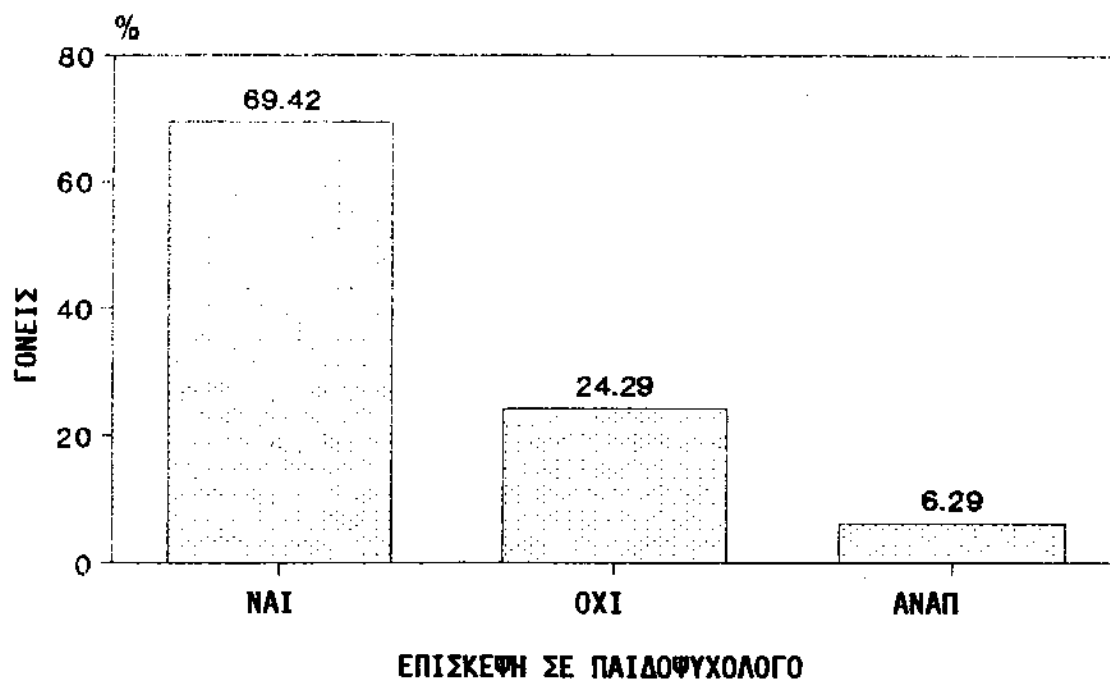
ΣΧΗΜΑ 19.

Γνώση ιατρικών θεμάτων είχε το 56,85% των γονέων πριν την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο, ενώ 40,86% δεν γνώριζαν και 2,29% δεν απάντησαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31. ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΠΑΙΔΟΨΥΧΟΛΟΓΟ

ΕΠΙΣΚ. ΣΕ ΠΑΙΔΟΨΥΧΟΛΟΓΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	243	69,42
ΟΧΙ	85	24,29
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	22	6,29
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Σε παιδοψυχολόγο θα μπορούσε να αποτανθεί το 69,42% των γονέων για τα παιδιά τους αν χρειαζόταν.



ΣΧΗΜΑ 20.

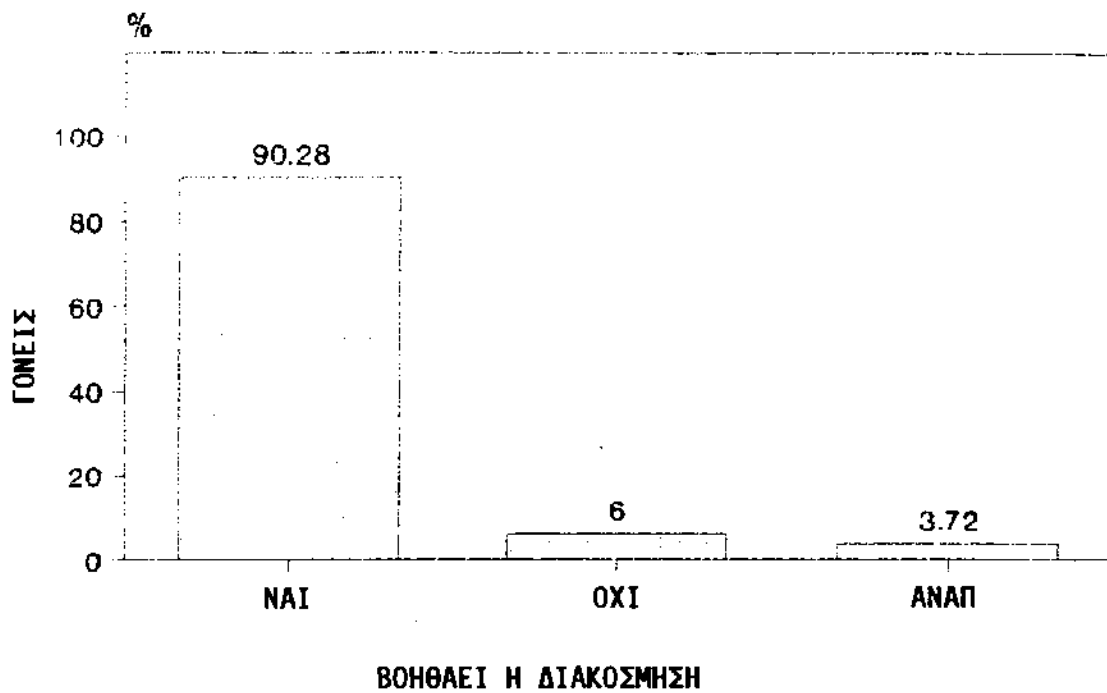
Το μεγαλύτερο μέρος των γονέων (69,42%) θα επισκεπτόταν παιδοψυχολόγο, σε περίπτωση που χρειαζόταν το παιδί τους και μόνο το 24,29% δεν θα συμβουλευόταν παιδοψυχολόγο. Το 6,29% δεν απάντησε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32 :

ΒΟΗΘΑΕΙ

Η ΔΙΑΚΟΣΜΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	316	90,28
ΟΧΙ	21	6,00
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	13	3,72
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Σε ποσοστό 90,28% ανέρχονται οι θετικές απαντήσεις στο ερώτημα αν η διακόσμηση επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού στη νοσηλεία του στο νοσοκομείο.



ΣΧΗΜΑ 21.

Ποσοστό 90,28% των γονέων πιστεύουν ότι η διακόσμηση του νοσοκομείου ενεργεί ευεργετικά στον ψυχικό κόσμο των παιδιών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, ενώ μόνο ένα 6% δεν ενδιαφερόταν και 3,72% δεν απάντησε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33. ΜΕΣΑ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ

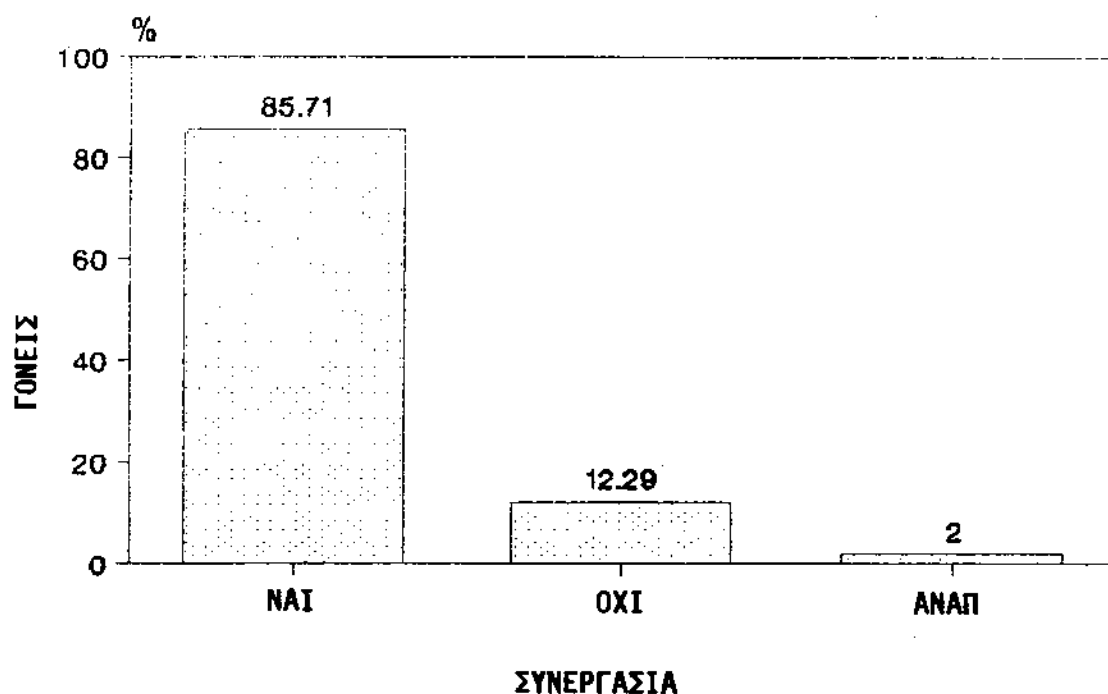
ΜΕΣΑ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	53	15,14
ΟΧΙ	289	82,58
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	8	2,28
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Μόνο 15,14% των γονέων απάντησαν θετικά, ενώ οι περισσότεροι γονείς (82,58%) απάντησαν ότι δεν διαθέτουν τα νοσοκομεία μέσα ψυχαγωγίας για τα παιδιά. Το 2,28% αρνήθηκε να απαντήσει.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	300	85,71
ΟΧΙ	43	12,28
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	7	2,09
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Δέχτηκαν ότι υπάρχει συνεργασία μεταξύ τους το 85,71%.



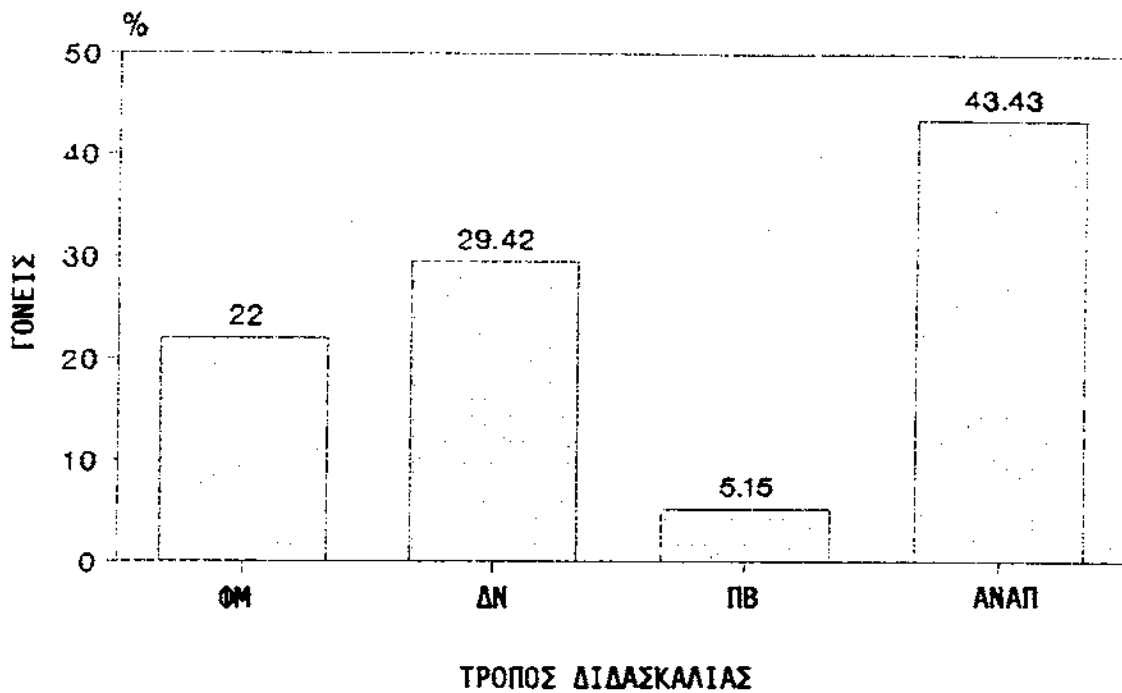
ΣΧΗΜΑ 22.

Το 85,71% των γονέων πιστεύουν ότι υπάρχει συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος που νοσηλεύεται το παιδί τους, ενώ το 12,29% έχουν προβλήματα. Ποσοστό 2% δεν απάντησε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35. ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΗ ΧΑΜΕΝΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑΚΑ ΜΑΘΗΜ.	77	22,00
ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚ.	103	29,42
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ		
ΜΕ ΒΙΝΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ	18	5,15
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	152	43,43
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Εντύπωση κάνει ότι ποσοστό 43,43% δεν απάντησε.



ΦΜ= ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ
 ΔΝ= ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
 ΠΒ= ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΒΙΝΤΕΟΚΑΣΕΤΕΣ
 ΑΝΑΠ= ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ

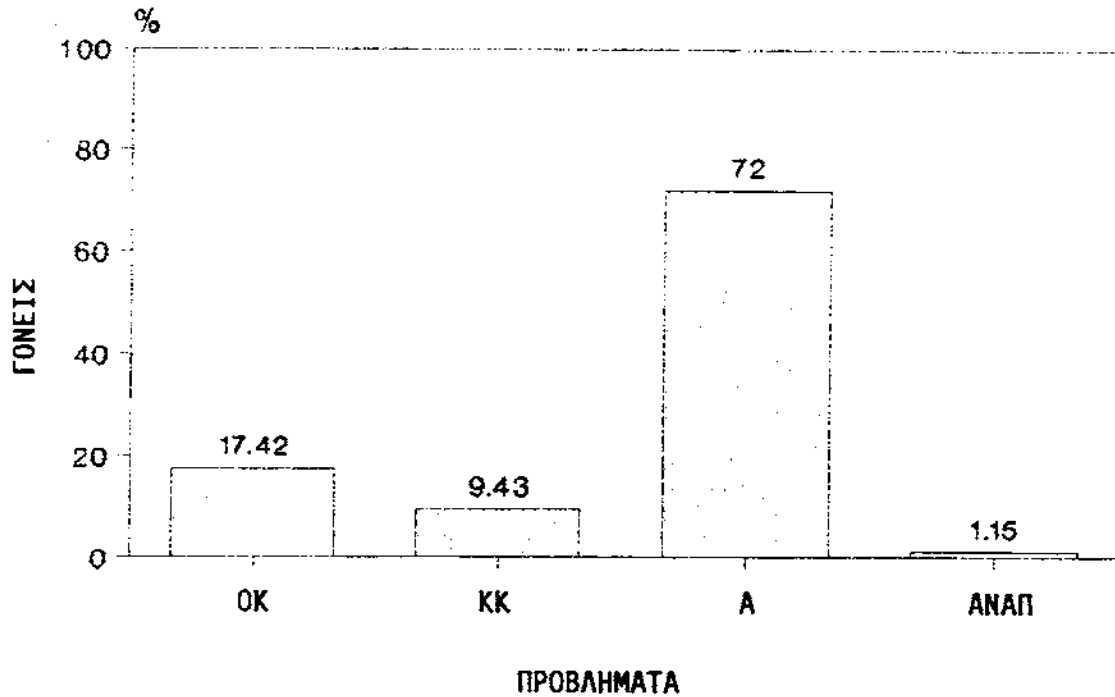
ΣΧΗΜΑ 23.

Στον πίνακα 35 και το σχήμα 23, φαίνεται ότι η διδασκαλία μέσα στο νοσοκομείο συγκεντρώνει το 29,42% της προτίμησης των γονέων. Το 22% προτιμά τα φροντιστηριακά μαθήματα, ενώ 5,15% θεωρεί καλό να διδάσκεται το παιδί μέσα στο νοσοκομείο από βιντεοκασέτα. Το μεγαλύτερο ποσοστό (43,43%) δεν θεώρησε καλό να απαντήσει.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΕΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ	61	17,42
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ	33	9,43
ΑΝΑΠΗΡΙΑ	252	72,00
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	44	1,15
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Το θέμα της αναπηρίας απασχολεί τους περισσότερους γονείς (72%).



ΟΚ= ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ
 ΚΚ= ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ
 Α= ΑΝΑΠΗΡΙΑ
 ΑΝΑΠ= ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ

ΣΧΗΜΑ 24.

Βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων (72%) φοβάται για τυχόν αναπηρία του παιδιού τους μετά την αρρώστια του, στο 17,42% υπάρχει οικονομικό πρόβλημα ενώ το 9,43% ανησυχούν για την κοινωνική επίπτωση που θα έχει η αρρώστια του παιδιού. Ποσοστό 1,15% δεν απάντησαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΝΟΣΗΛ.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	119	34,00
ΟΧΙ	222	63,42
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	9	2,58
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

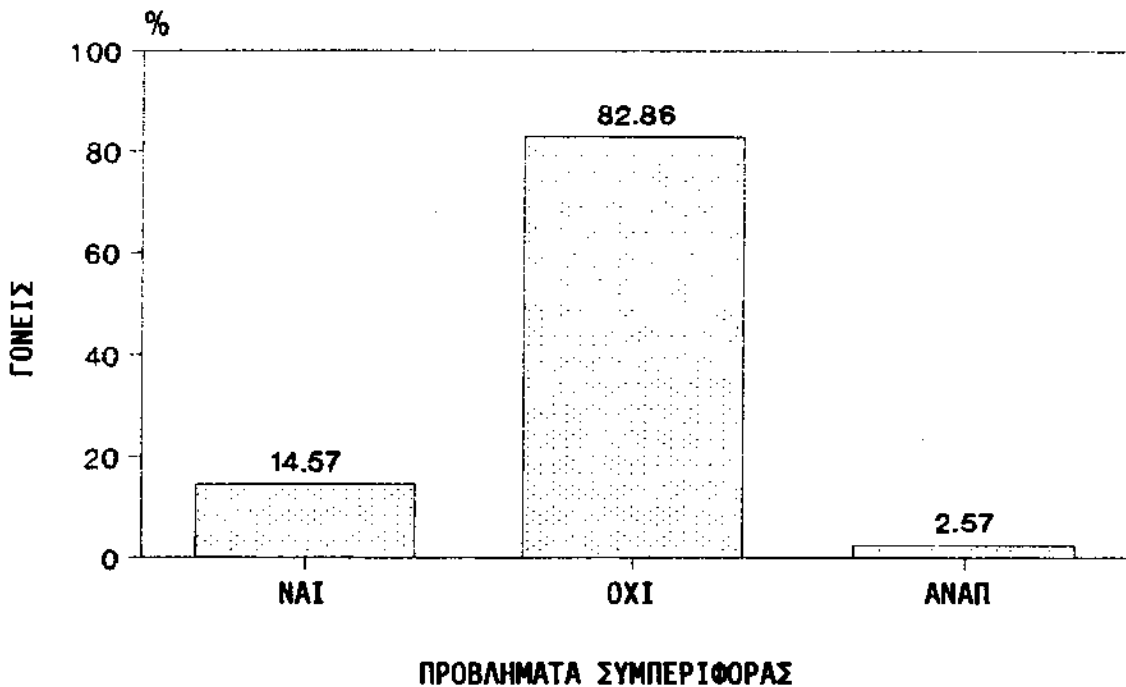
Ποσοστό γονέων 34% πιστεύει ότι θα υπήρχε καλύτερη νοσηλεία για το παιδί τους σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Το μεγαλύτερο ποσοστό όμως (63,42%) πιστεύει ότι το ιδιωτικό νοσοκομείο δεν προσφέρει τίποτα παραπάνω. Αναπάντητο έμεινε το 2,58%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	51	14,57
ΟΧΙ	290	82,86
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	9	2,57
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	51	14,57
ΟΧΙ	290	82,86
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	9	2,57
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Δεν υπάρχουν προβλήματα σημαντικά σε 82,86%.



ΣΧΗΜΑ 25.

Από τον πίνακα 38 και το σχήμα 25, βλέπουμε ότι το 82,86% των γονέων δεν έχουν προβλήματα με τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού ενώ ένα μικρότερο ποσοστό (14,57%) έχει. Χωρίς απάντηση: 2,57%.

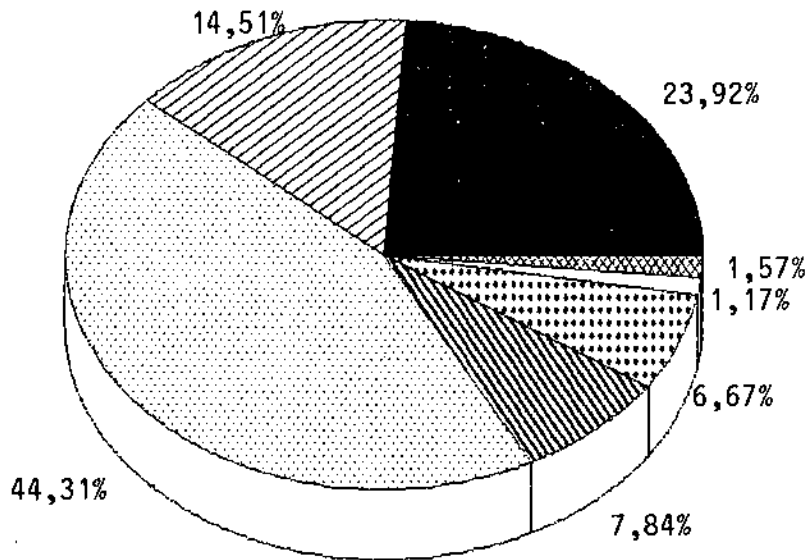
ΠΙΝΑΚΑΣ 39. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ**

ΕΙΣΑΓ.ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	255	72,85
ΟΧΙ	86	24,58
ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΕΣ	9	2,57
ΣΥΝΟΛΟ	350	100,00

Το 72,85% των γονέων είχε προβλήματα που δημιουργήθηκαν από την αρρώστια και την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο. Ποσοστό 24,58% δεν συνάντησε ιδιαίτερα προβλήματα. 2,57% δεν απάντησαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 39Α. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ	61	23,92
ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΣΥΖΥΓΟΥ	37	14,51
ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ	113	44,31
ΟΙΚΟΝΟΜ.& ΠΑΡΑΜ.ΠΑΙΔ.	20	7,84
ΟΙΚ.& ΠΑΡΑΜ.ΣΥΖ.& ΠΑΡΑΜ.ΠΑΙΔ.	17	6,67
ΠΑΡΑΜ. ΣΥΖ. & ΠΑΡΑΜ.ΠΑΙΔ.	3	1,17
ΟΙΚΟΝΟΜ.& ΠΑΡΑΜ.ΣΥΖ.	4	1,57
ΣΥΝΟΛΟ	255	100,00



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.

Από τον πίνακα 39Α και το διάγραμμα 3, βλέπουμε τις κατηγορίες των προβλημάτων που δημιουργήθηκαν μετά την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο. Το μεγαλύτερο ποσοστό (44,31%) απάντησε ότι το σημαντικότερο πρόβλημα που δημιουργήθηκε είναι η παραμέληση των άλλων τους παιδιών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

α) Φύλο: τα αγόρια αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό (55,71%) των νοσηλευόμενων παιδιών, ενώ τα κορίτσια αποτελούν το υπόλοιπο (44,29%).

β) Ηλικία: τα παιδιά ηλικίας 9-14 ετών αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευόμενων παιδιών με ποσοστό 28,85%. Αυτό βέβαια μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά αυτής της ηλικίας παθαίνουν πιο εύκολα ατυχήματα. Ακολουθούν τα παιδιά ηλικίας 0-3 ετών με ποσοστό 26,85%, τα παιδιά 3-6 ετών (23,73%) και 6-9 ετών (20,85%).

γ) Τόπος γέννησης: το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούν τα παιδιά που γεννήθηκαν σε αστικές περιοχές (75,14%). Αιτία αυτού του ποσοστού είναι το γεγονός ότι τα περισσότερα και καλύτερα επανδρωμένα μαιευτήρια βρίσκονται στις αστικές περιοχές και ακόμη προτιμούνται και από τους κατοίκους της επαρχίας. Επίσης σε σύγκριση με τις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, διαθέτουν περισσότερο αλλά και πιο πεπειραμένο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, χωρίς βέβαια αυτό να είναι απόλυτο. Ακολουθούν τα παιδιά που γεννήθηκαν σε ημιαστικές περιοχές (14%) και τέλος τα παιδιά των αγροτικών περιοχών (10,86%).

δ) Τόπος διαμονής: παρατηρείται ότι τα παιδιά που διαμένουν σε αστικές περιοχές αποτελούν το 50,86%. Ακολουθούν τα παιδιά των αγροτικών περιοχών και τέλος τα παιδιά που διαμένουν σε ημιαστικές περιοχές με αντίστοιχα ποσοστά 31,43% και 17,71%.

ε) Περιστατικά νοσηλείας: την πρώτη θέση κατέχουν τα παθολογικά περιστατικά με ποσοστό 55,71% και ακολουθούν τα χειρουργικά (33,43%) και τέλος τα ορθοπεδικά (10,86%).

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε άνοιξη, που το ποσοστό των παθολογικών περιστατικών (π.χ. ιώσεις, δύσπνοιες, αλλεργίες κ.λπ.) είναι αυξημένο σε σχέση με άλλες εποχές.

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

Επίσης η έρευνα έδειξε ότι τα περισσότερα παιδιά που είχαν ξανανοσηλευθεί, έχουν εξοικειωθεί με το νοσοκομείο και το προσωπικό του. Βέβαια σε αυτήν την εξοικείωση έχουν συντελέσει αρκετά τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το σχολείο, καθώς και οι συχνές επισκέψεις στον παιδίατρο από πολύ μικρή ηλικία. Έτσι, φαίνεται να δέχτηκαν με μεγαλύτερη ευκολία την είδηση της εισαγωγής.

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

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

Η μελέτη της σχέσης των μεταβλητών "Είδηση εισαγωγής" και αντίδραση "Μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο", έδειξε ότι:

α) Το μεγαλύτερο μέρος (20,8%) των παιδιών που αντέδρασαν με κλάμα στην είδηση της εισαγωγής, διατήρησαν την ίδια αντίδραση και μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

β) Ένα ποσοστό 10,4%, που δέχθηκε με αδιαφορία την είδηση της εισαγωγής, αποδέχτηκαν με τον ίδιο τρόπο και την εισαγωγή τους.

γ) Ποσοστό 8,8% των παιδιών, ενώ αντέδρασαν με κλάμα στην είδηση της εισαγωγής, πανικοβλήθηκαν μετά την εισαγωγή.

δ) Ποσοστό 8,4% των παιδιών παρόλο που δέχθηκαν εύκολα την είδηση για εισαγωγή, αντέδρασαν κλαίγοντας μετά.

ε) Ένα ποσοστό 8% των παιδιών που αντέδρασαν με κατάθλιψη μετά την εισαγωγή, είχαν αντιδράσει κλαίγοντας στην είδηση της εισαγωγής.

ζ) Και τέλος, ποσοστό 7,8% των παιδιών που αρνήθηκαν την είδηση της εισαγωγής στο νοσοκομείο, παρουσίασαν κατάθλιψη μετά από την εισαγωγή.

Τα παραπάνω μας οδηγούν στο εξής συμπέρασμα: τα συναισθήματα που έχουν τα παιδιά με την είδηση της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο, είναι σχεδόν το ίδιο έντονα με αυτά που έχουν και μετά την εισαγωγή τους. Ας θυμηθούμε ότι κάθε άνθρωπος όταν έρθει σε μια δύσκολη κατάσταση που αναπόφευκτα πρέπει να την βιώσει, βάζει υποσυνείδητα σε λειτουργία όλους τους μηχανισμούς άμυνας του οργανισμού του.

Η στάση των παιδιών προς τους γονείς τους, συνήθως δεν μεταβάλλεται μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Αρκετά παιδιά προσηλώνονται στον ένα γονέα και κυρίως στην μητέρα. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι αυτή παραμένει τον περισσότερο χρόνο κοντά στο παιδί, κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο.

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

Αξίζει να σημειώσουμε ότι ορισμένες ασθένειες, καθώς και η αλλαγή του περιβάλλοντος και η ταλαιπωρία από τις διάφορες εξετάσεις και νοσηλείες, επηρεάζουν πολύ συχνά τη διάθεση και την όρεξη των παιδιών. Στα περισσότερα παιδιά δεν αρέσουν τα φαγητά του νοσοκομείου. Σε αυτό συμβάλλει το γεγονός ότι σήμερα τα παιδιά έχουν συνηθίσει να τρώνε πικάντικα φαγητά, με βαριές σάλτσες, τα οποία διαφέρουν από αυτά του νοσοκομείου.

Η συχνότητα που γίνεται μπάνιο στο νοσοκομείο, εξαρτάται κυρίως από την αρρώστεια του παιδιού. Πολλοί γονείς βέβαια φοβούνται να κάνουν μπάνιο στο παιδί τους και κυρίως όταν αυτό είναι βρέφος. Το μπάνιο στο νοσοκομείο γίνεται κατά κύριο λόγο

από τους συνοδούς, αφού σχεδόν όλα τα παιδιά έχουν κάποιον από τους γονείς κοντά τους ή από το ίδιο το παιδί, αν μπορεί μόνο του.

Στη χώρα μας δεν έχουμε καταλάβει ακόμη ότι τα μέσα ψυχαγωγίας βοηθάνε πολύ στην καλή προσαρμογή του παιδιού στο νοσοκομείο, καθώς επίσης και στη θεραπεία του.

Πρέπει να πούμε ότι τα περισσότερα παιδιά φέρνουν στο νοσοκομείο δικά τους παιχνίδια, βιβλία, τηλεόραση κ.λπ., επειδή τα περισσότερα νοσοκομεία δεν μπορούν να τους τα προσφέρουν. Ορισμένα όμως διαθέτουν οργανωμένες αίθουσες ψυχαγωγίας, όπως π.χ. στο ορθοπεδικό τμήμα του νοσοκομείου "Αγλαΐα Π. Κυριακού", όπου υπάρχει αίθουσα παιγνιοθεραπείας. Στην αίθουσα αυτή μπορούν να πηγαίνουν και παιδιά από άλλα τμήματα.

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

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

- α) Διάφορα παιχνίδια ανάλογα με την ηλικία, αλλά και την αρρώστεια του παιδιού.
- β) Σχολικές εφημερίδες για να μαθαίνουν τα σχολικά νέα.
- γ) Τηλεόραση για να μην παρατηρείται το φαινόμενο κάθε παιδί να φέρνει τη δικιά του τηλεόραση, με αποτέλεσμα σε έναν θάλαμο με πέντε παιδιά να υπάρχουν πέντε τηλεοράσεις.
- δ) Βιβλία, τα οποία να δίνουν στα παιδιά περισσότερα ερεθίσματα για μάθηση, διευρύνουν τους ορίζοντές τους και τα βοηθούν να εκμεταλλευτούν σωστότερα το χρόνο τους.

- ε) Μέσα ζωγραφικής. Ξέρουμε ότι η απασχόληση με τα χρώματα πάντοτε άρεσε στα παιδιά. Επίσης με τη ζωγραφική εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους.
- ζ) Περιοδικά για ενημέρωση πάνω σε θέματα που τα ενδιαφέρουν.
- η) Ηλεκτρονικά παιχνίδια, γιατί σήμερα τα περισσότερα παιδιά έχουν ιδιαίτερη αδυναμία σε αυτά.
- θ) Παιδικό θέατρο, γιατί ενισχύει τα αισθήματα της δημιουργικότητας. Επίσης το θέατρο αποτελεί άμεσο τρόπο επαφής και επικοινωνίας των παιδιών.
- ι) Βίντεο για να μπορούν να βλέπουν ταινίες σχετικές με παιδικές αρρώστιες, που θα βοηθούσε στην προαγωγή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης δίνεται η δυνατότητα προβολής διαφόρων ψυχαγωγικών ταινιών.
- ια) Ραδιόφωνο. Αποτελεί ένα από τα βασικότερα και φθηνότερα μέσα ψυχαγωγίας. Ξέρουμε επίσης ότι η μουσική -από την εποχή του Ομήρου ακόμα- βοηθούσε να ξεχνιούνται τα προβλήματα.

Αυτά τα μέσα ψυχαγωγίας θα έπρεπε να βρίσκονται σε ειδικές αίθουσες, που θα μπορούν να επισκέπτονται τα παιδιά ό,τι ώρα θέλουν. Οι αίθουσες ψυχαγωγίας θα πρέπει να εξασφαλίζουν την ακίνδυνη διαμονή των παιδιών σε αυτές, να έχουν ωραία θέα, να είναι ευήλιες και ευάερες, να είναι διακοσμημένες με έντονα χρώματα, τα οποία ηρεμούν το παιδί και διεγείρουν τη φαντασία του.

Επίσης σήμερα οι γονείς δεν προσπαθούν να φοβήσουν ή να τιμωρήσουν τα παιδιά τους με την περιγραφή της ένεσης ή με επίσκεψη στον γιατρό. Έτσι υπάρχουν αρκετά παιδιά που συνεργάζονται με το νοσηλευτικό, αλλά και με το ιατρικό προσωπικό.

Πολλοί ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους κράτησαν αρνητική στάση προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Οι ασθενείς αυτοί σαν αιτία δήλωσαν την απότομη συμπεριφορά του προσωπικού και την μη ενημέρωσή τους σχετικά με τη νοσηλεία τους. Άλλα παιδιά είχαν κάποιο φόβο προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και δεν ήταν συνεργάσιμα. Σαν αιτία φόβου δήλωσαν προηγούμενη εμπειρία τους, καθώς και αυτή την άσπρη μπλούζα, το σύμβολο του νοσηλευτικού προσωπικού. Σε αυτό πρέπει η χώρα μας να ακολουθήσει την τακτική που ακολουθούν με επιτυχία στο εξωτερικό, όπου το προσωπικό στα παιδιατρικά νοσοκομεία φοράει στολές με διάφορα χρώματα (κυρίως ροζ).

Αναφέρουμε ότι το συναίσθημα του φόβου για το άγνωστο το βιώνουν όλοι οι άνθρωποι στη ζωή τους, ανεξάρτητα από την ηλικία τους.

Το προσωπικό που δουλεύει στα Παιδιατρικά νοσοκομεία δυστυχώς ξεχνάει ότι νοσηλεύει παιδιά. Η συμπεριφορά του απέναντι στους ασθενείς, επηρεάζεται από το φόρτο εργασίας, την έλλειψη χρόνου, τα προσωπικά προβλήματα κ.λπ. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η παραμέληση της ιδιαιτερότητας της προσωπικότητας του κάθε παιδιού. Σημαντική αιτία του φόρτου εργασίας είναι η έλλειψη επαρκούς νοσηλευτικού προσωπικού.

Από την έρευνα βρέθηκε ότι τα περισσότερα παιδιά με ποσοστό 80,81% των απαντηθέντων ερωτηματολογίων, θα ήθελαν τη μητέρα τους στο θάλαμο την ώρα της νοσηλείας τους. Αυτό μπορεί να αιτιολογηθεί με την ήδη πιο πάνω αναφερθείσα μη επαρκή ενημέρωση των παιδιών, σχετικά με τη νοσηλεία τους από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Υπήρχε και ένα ποσοστό 19,19% των ασθενών, που δεν ήθελαν τη μητέρα τους στο θάλαμο την ώρα της νοσηλείας, γιατί είναι μεγάλα παιδιά, δεν φοβούνται.

Τα περισσότερα παιδιά, παρά το ότι είχαν τους γονείς κοντά τους, παρουσίασαν προβλήματα διαμονής, αλλά και προσαρμογής στο νοσοκομείο. Αυτό όμως μπορεί να οφείλεται στη φύση της αρρώστειας του παιδιού. Ένα μεγάλο παιδί καταλαβαίνει πιο πολλά για την ασθένειά του, τη φύση της, τη σοβαρότητα της κατάστασής του, την ανάγκη νοσηλείας του και κατά συνέπεια μπορεί να επηρεαστεί περισσότερο αν η ασθένεια είναι σοβαρή. Αυτό το παιδί μπορεί να συζητήσει, να καταλάβει και να βοηθήσει πιο πολύ στη θεραπεία του. Όλα αυτά βέβαια εξαρτώνται και από το χαρακτήρα του κάθε παιδιού. Τις περισσότερες φορές ο χαρακτήρας είναι εκείνος που καθορίζει την αντίδραση κάθε παιδιού.

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

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

Οι περισσότεροι γονείς δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερο οικονομικό ή κοινωνικό πρόβλημα, το μόνο που τους απασχολεί είναι κάποια τυχόν αναπηρία που μπορεί να μείνει ισόβια στο παιδί τους. Αυτός ίσως να είναι και ο λόγος που γίνονται υπερπροστατευτικοί, αλλά και απαιτητικοί από το προσωπικό του νοσοκομείου. Ακόμη πολλοί γονείς έχουν και κάποιες ενοχές για την εμφάνιση της ασθένειας στο παιδί τους.

Από την έρευνα βρέθηκε ότι πολλά παιδιά θα ήθελαν να γίνεται η νοσηλεία στο σπίτι τους.

Αυτό αποτελεί ενδεχομένως μια μη απορρίψιμη λύση, αν βέβαια η ασθένεια και η κατάσταση του παιδιού το επιτρέπουν. Σίγουρα η νοσηλεία στο σπίτι για ένα απλό περιστατικό θα είναι προτιμότερη από μια πολύωρη ταλαιπωρία του παιδιού στο νοσοκομείο. Σε αυτό θα μπορούσε βέβαια να βοηθήσει και η κοινοτική νοσηλεύτρια.

Όταν αναφερόμαστε στην αλλαγή είτε οργανική ή ψυχική, είτε ψυχολογική στην περίπτωση των παιδιών, θα πρέπει πάντα να αναφερόμαστε και στην ηλικία των παιδιών για τα οποία συζητάμε. Επιπλέον στην καθημερινή κλινική εκτίμηση θα πρέπει να λάβουμε υπόψη και ολόκληρη την προηγούμενη εμπειρία του παιδιού.

Η ψυχική επιβάρυνση και η νοσηλεία θεωρείται υψηλή εμπειρία άγχους, μετριάζει ή εμποδίζει την ανάπτυξη του παιδιού. Ως εμπειρία συχνά αποδεικνύεται πολύ τραυματική.

Η ηλικία του παιδιού στο χρόνο της αρρώστειας του ή της νοσηλείας είναι ένας σημαντικός παράγοντας για να καταλάβουμε τι σημαίνει για το παιδί η νοσηλεία.

Καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

1. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι κάτοχος της παιδιατρικής ειδικότητας, ώστε να εφαρμόζει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε άρρωστα παιδιά.
2. Η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία παιδών είναι απαραίτητη για την άνοδο του επιπέδου της νοσηλευτικής φροντίδας.
3. Η συμπεριφορά του νοσοκομειακού προσωπικού προς τα παιδιά πρέπει να είναι ανάλογη με την ηλικία του κάθε παιδιού.
4. Η ύπαρξη αρκετών ψυχαγωγικών μέσων στο νοσοκομείο βοηθάει τα παιδιά να προσαρμοστούν στο νέο περιβάλλον και να δεχθούν τη νοσηλεία με πιο ήπιο τρόπο.
5. Τα παιδιά με τις ίδιες ασθένειες καλό θα είναι να νοσηλεύονται στον ίδιο θάλαμο.

6. Η μη εξοικείωση των παιδιών με τεχνικά μέσα που χρησιμοποιούνται στο νοσοκομείο έχει σαν αποτέλεσμα την μη συνεργασία τους με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

7. Οπου είναι δυνατό να εφαρμόζεται η νοσηλεία στο σπίτι και να αποφεύγεται η εισαγωγή στο νοσοκομείο (σε αυτό μπορεί να βοηθήσει μερικές φορές και η κοινοτική νοσηλεύτρια).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εργασία αυτή τονίστηκε ιδιαίτερα η σημασία των ψυχολογικών προβλημάτων για τη θεραπεία του παιδιού. Επίσης παρουσιάστηκαν οι παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία και διατήρηση των προβλημάτων αυτών. Σημαντική θέση κατέχουν οι γονείς, που με τη δική τους αντίδραση συντελούν άμεσα στην ανάλογη ψυχολογική αντίδραση του παιδιού τους. Επίσης ρόλο παίζει και το είδος και η σοβαρότητα της ασθένειας. Από την έρευνα προκύπτει ότι το περιβάλλον και το προσωπικό του κάθε νοσοκομείου μπορούν να συντελέσουν στην καλύτερη προσαρμογή των παιδιών στο νοσοκομείο και να βοηθήσουν στη θεραπεία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ:

ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ:

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

1.α. Έχει νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()

β. Πόσες φορές;

γ. Από το ίδιο νόσημα;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()

2.α. Γραμματικές γνώσεις του πατέρα:

Αγράμματος ()
 Δημοτικό 1, 2, 3, 4, 5, 6
 Γυμνάσιο-Λύκειο 1, 2, 3, 4, 5, 6
 Μέση - Τεχνική εκπαίδευση ()
 Ανώτερη εκπαίδευση ()
 Πανεπιστημιακή εκπαίδευση ()

α. Γραμματικές γνώσεις της μητέρας:

Αγράμματα ()
 Δημοτικό 1, 2, 3, 4, 5, 6
 Γυμνάσιο-Λύκειο 1, 2, 3, 4, 5, 6
 Μέση - Τεχνική εκπαίδευση ()
 Ανώτερη εκπαίδευση ()
 Πανεπιστημιακή εκπαίδευση ()

3.α. Πως δέχτηκε την είδηση της εισαγωγής;
 Κλάμα () Αδιαφορία ()
 Εύκολη αποδοχή () Αρνηση ()

β. Αν άρνηση, γιατί;

4. Πως αντέδρασε όταν έγινε η εισαγωγή;
 Κλάμα () Αποδοχή ()
 Πανικό () Κατάθλιψη ()

5. Ποια ήταν η στάση προς τους γονείς μετά την εισαγωγή;
 Εχθρική () Αρνητική ()
 Αδιάφορη () Φυσιολογική ()
 Προσέγγιση μόνο στον ένα γονέα ()
 Προσέγγιση και στους δύο γονείς ()

6. Κάνει εύκολα φιλίες;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- 7.α. Ποια η στάση προς τους γιατρούς;
 Συνεργασία () Αρνηση () Φόβο ()
- β. Αν άρνηση, γιατί;
- γ. Αν φόβο, γιατί;
- 8.α. Ποια είναι η στάση προς το νοσηλευτικό προσωπικό με την είδηση νοσηλείας;
 Συνεργασία () Αρνηση () Φόβο ()
- β. Αν άρνηση, γιατί;
- γ. Αν φόβο, γιατί;
9. Του αρέσει το φαγητό που του δίνουν;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- 10.α. Πόσο συχνά γίνεται το μπάνιο στο νοσοκομείο;
 Κάθε πρωί () 2-3 φορές την εβδομάδα ()
 Οποτε είναι ανάγκη () Ποτέ ()
- β. Ποιος το κάνει;
 Ο συνοδός ή ο ίδιος ο ασθενής ()
 Νοσηλευτικό προσωπικό ()
 Σπουδαστές σχολών ()
 Πρακτικές νοσοκόμες ()
11. Υπάρχουν στο νοσοκομείο παιχνίδια (ή άλλοι τρόποι απασχόλησης), για να περνά ευχάριστα η ώρα του;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- 12.α. Θα ήθελε να γνωρίσει παιδιά στο νοσοκομείο που έχουν την ίδια αρρώστια;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- β. Αν ναι, γιατί;
- γ. Αν όχι, γιατί;
13. Ποια η αντίδραση στην πρώτη νοσηλεία;
 Κλάμα () Ταραχή ()
 Αδιαφορία () Αρνηση ()
 Φυσιολογική ()
- 14.α. Αλλάξε η αντίδραση στις νοσηλείες των επόμενων ημερών;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- β. Αν ναι, γιατί;
- γ. Αν όχι, γιατί;

15. Προσπάθησαν ποτέ οι γονείς να τιμωρήσουν με την περιγραφή της ένεσης ή με την επίσκεψη στον γιατρό;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- 16.α.Θα ήθελε τη μητέρα του στον θάλαμο την ώρα της νοσηλείας;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- β.Αν ναι, γιατί;
- γ.Αν όχι, γιατί;
- 17.α.Αποχωρίστηκε ποτέ τους γονείς του;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- β.Σε ποια ηλικία;
18. Είχε επισκεφθεί νοσοκομείο πριν από αυτή την εισαγωγή;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- 19.α.Θα προτιμούσε η νοσηλεία να γίνει στο σπίτι ή στο νοσοκομείο;
 Σπίτι () Νοσοκομείο ()
- β.Αν σπίτι, γιατί;

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

1. Πως αντιδράσατε στην είδηση της εισαγωγής του παιδιού στο νοσοκομείο;
 Φόβο () Πανικό () Σιγουριά ()
- 2.α.Αλλάξε η συμπεριφορά προς το παιδί μετά την εισαγωγή;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- β.Πως;
 Υπέρμετρη προστατευτικότητα () Εφησυχασμός ()
 Ενθάρρυνση ()
- 3.α.Νοιώθετε σιγουριά μέσα στο νοσοκομείο;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- β.Αν ναι, γιατί;
- γ.Αν όχι, γιατί;
- 4.α.Είχε το παιδί αντιδράσεις που εμφανίστηκαν μετά την εισαγωγή;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- β.Ποιες;
 Δυσκολίες ύπνου () Ανορεξία () Φοβίες ()
 Νευρική κατάσταση () Επιθετικότητα ()
 Λιγότερη αυτονομία ()
 Γενική επιβράδυνση στην ψυχοσωματική εξέλιξη ()
5. Πιστεύετε ότι θα γινόταν η ασθένεια πιο εύκολα αποδεκτή σε μεγαλύτερη ηλικία; ΝΑΙ () ΟΧΙ ()

6. Ήσασταν ενημερωμένοι για θέματα ιατρικά πριν από την εισαγωγή;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- 7.α.Θα επισκεπτόσασταν μαζί με το παιδί τον παιδοψυχολόγο του νοσοκομείου, αν παρατηρούσατε αλλαγή στη συμπεριφορά του μετά την εισαγωγή;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- β.Αν όχι, γιατί;
8. Νομίζετε ότι η διακόσμηση ενός νοσοκομείου επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- 9.α.Διαθέτει το νοσοκομείο μέσα ψυχαγωγίας για το παιδί;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- β.Θα μπορούσατε να προτείνετε τρόπους ψυχαγωγίας που θα μπορούσαν να βοηθήσουν το δικό σας παιδί στην καλύτερη προσαρμογή και διαμονή;
10. Υπάρχει καλή συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συνοδούς των παιδιών;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
11. Πως νομίζετε ότι θα μπορούσαν να αναπληρωθούν οι χαμένες ώρες διδασκαλίας από το σχολείο;
 Με φροντιστηριακά μαθήματα ()
 Με διδασκαλία μέσα στο νοσοκομείο ()
 Με παρακολούθηση των μαθημάτων από βιντεοκασέτα ()
12. Τι σας προβληματίζει περισσότερο από την ασθένεια του παιδιού σας;
 Οικονομικό κόστος () Κοινωνικό κόστος ()
 Τυχόν αναπηρία ()
- 13.α.Πιστεύετε ότι το ιδιωτικό νοσοκομείο μπορεί να προσφέρει καλύτερη νοσηλεία;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- β.Αν ναι, γιατί;
- 14.α.Έχετε κάποια προβλήματα από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- β.Ποια είναι αυτά;
- 15.α.Η ασθένεια του παιδιού σας δημιούργησε προβλήματα στην οικογένειά σας;
 ΝΑΙ () ΟΧΙ ()
- β.Ποια είναι αυτά;
 Οικονομικά προβλήματα ()
 Παραμέληση συζύγου ()
 Παραμέληση των άλλων παιδιών ()

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ασπιώτη AP: Το παιδί και ο ψυχικός του κόσμος. Εκδόσεις Γαληνάκη. Αθήνα 1959.
- Bergamaschi Valeria: Η ανάπτυξη του φυσιολογικού παιδιού. Υγεία, Οδηγός Υγιεινής, τόμος 2ος, εκδόσεις δομική, σελ. 240-243, Αθήνα 1989.
- Claypool Shirley: New hospital is a childrens' world-hospital. London 1968, p. 40.
- Herman S, Belmont MD: Hospitalization and its effects upon the total child. Clinical Pediatrics, Vol. 9, No 8, Samuel & Radbill MD, Philadelphia, August 1990, pp. 472-484.
- Καλαντζή-Αζίζη AN: Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις Μαυρομάτη. Αθήνα 1988.
- Καττάμης Χ: Ατυχήματα στην παιδική ηλικία. Νοσηλευτικά προβλήματα. Δελ α παιδ.κλ.παν.Αθηνών. Τόμος 29, Τεύχος 2. Ετήσια έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών, σελ. 102-110. Αθήνα 1982.
- Lindquist Ivonny: Η παιγνιοθεραπεία στο νοσοκομείο. Τίτλος πρωτοτύπου: Terapi genon lek. Μετάφραση: Τζόλα Θεοδώρα. Εκδόσεις Ρεϋμόνδος. Αθήνα 1989.
- Brinetier Aron-Romber: Με παιχνίδια θεραπεύονται τα άρρωστα παιδάκια. Εφημερίδα Νέα 11-12-82, σελ. 33.
- Νασιάκου Μαρία: Η ψυχολογία σήμερα. Κλινική ψυχολογία. Τόμος 2ος. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα 1982.
- Nicols A. Keith: Psychological care by nurses, paramedical and

medical staff: Essential developments for the general hospitals. The British Journal of Medical Psychology. Edition by the British Psychological society. Vol. 58, London 1985, pp 231-233.

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

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

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

Petrillo M: Emotional care of the hospitalized child. J.B. Lippincott. Philadelphia 1972, p. 178.

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

Ραγιά Αφρ: Η συμβολή της οικογένειας στην ψυχική υγεία του παιδιού. ΙΓ' Πανελλήνιο Νοσηλευτικό συνέδριο. Πρακτικά 1986. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Σέρρες 20-22 Μαΐου 1986, σελ. 152-161.

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

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

Rossant Laionel: Η νοσηλεία των παιδιών στο νοσοκομείο. Μετάφραση

Χριστοπούλου Β.Π. Εκδόσεις Χατζηνικολή. Αθήνα 1988.

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

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

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

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

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

