

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ψυχολογική φόρτιση νοσηλευομένου  
παιδιού - Νοσηλευτική παρέμβαση»

Εισηγήτρια:

*Dr. Παπαδημητρίου Μαρία*



Σπουδάστριες:

Καλλινούδη Χρυσούλα  
Δημητρακούδη Σταυρούλα  
Βασιλούδη Βασιλεία

ΠΑΤΡΑ 1997

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΑΓΩΓΗΣ	2400
-----------------------	------

*Αφιερωμένη στους γονείς μας*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	<b>1</b>
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>4</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>5</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>8</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b> .....	<b>9</b>
1.1. <i>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ</i> .....	9
1.2. <i>ΠΡΟΤΥΠΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ</i> 12	
1.2.1. <i>ΟΡΙΣΜΟΣ - ΣΚΟΠΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ</i> .....	12
1.2.2. <i>ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ</i> .....	13
1.2.3. <i>ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ</i> 13	
1.3. <i>ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</i> .....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b> .....	<b>20</b>
2.1. <i>ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ</i> <i>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</i> .....	20
2.2. <i>ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</i> .....	22
2.2.1. <i>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i> .....	23
2.2.2. <i>ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i> .....	25
2.3. <i>ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i> <i>ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</i> .....	27
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b> .....	<b>33</b>
3.1 <i>ΟΞΕΙΑ ΚΑΙ ΞΑΦΝΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ</i> .....	33
3.2. <i>ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ</i> .....	34
3.3. <i>ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ</i> <i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</i> .....	35
3.4 <i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ</i> <i>ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ</i> .....	37
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b> .....	<b>46</b>
4.1. <i>ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ</i> .....	46
4.2. <i>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ</i> ...	48
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b> .....	<b>51</b>
5.1. <i>ΠΑΙΔΙ ΓΟΝΙΟΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΜΠΡΟΣΤΑ</i> <i>ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ</i> .....	51

5.2. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ .....	52
5.2.1. ΟΡΓΑΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	53
5.2.2. ΧΩΡΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΑΓΑΠΗΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ.....	53
5.2.3. ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΙΑΤΡΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ... ..	54
5.2.4. ΦΑΝΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΣΥΝΔΕΔΕΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	55
5.2.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑ .....	56
5.3. Ο ΓΟΝΙΟΣ ΚΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΤΟΥ.....	58
5.4. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.....	63
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>.....</b>	<b>71</b>
6.1. ΤΟ ΑΡΡΩΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Ο ΘΑΝΑΤΟΣ.....	71
6.2. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ .....	77
6.3. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ.....	79
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>83</b>
ΥΛΙΚΟ .....	84
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	85
ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	126
ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ.....	135
ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΒΗΜΑΤΑ .....	153
ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	155
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	159
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	162
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	164
<b>SUMMARY .....</b>	<b>165</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>166</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>168</b>

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Μέσω της εργασίας μας γίνεται μια προσπάθεια να βρεθούν και να αναλυθούν τα προβλήματα που παρουσιάζονται στο παιδί μετά από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Όπως επίσης να μελετηθούν οι παράγοντες που συντελούν στην αντίδραση του κάθε παιδιού ξεχωριστά (ανάλογα με τη σοβαρότητα της ασθένειάς του) και που καθορίζουν ως ένα σημείο την εξέλιξη της κατάστασης του.

Παράλληλα, τονίζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στην προσαρμογή του παιδιού στο νοσοκομείο.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

«Το πρώτο και κύριο μέλημα του νοσοκομείου είναι να μην βλάψει με 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 μία 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 σα νοσηλευόμενος δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν το παιδί Χ, αλλά σαν το συγκεκριμένο παιδί με την Α προσωπικότητα, τις προτιμήσεις, τις αντιδράσεις του.

Ιδανικό 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 τις ανάγκες και να πλησιάζει όσο το δυνατό στις καθημερινές του δραστηριότητες, πριν από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

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

Νέα συστήματα περίθαλψης τείνουν να εφαρμοστούν ιδιαίτερα τα νοσοκομεία 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 1<sup>ο</sup>**

### **1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που ασχολήθηκε με τις παιδικές αρρώστιες και δίκαια πήρε τον τίτλο του Πατέρα της Παιδιατρικής. Ασχολήθηκε με την διατροφή των βρεφών, τις φλεγμονές, τις ωτίτιδες κ.λ.π. Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι ο μεγάλος αυτός δάσκαλος τόνισε τη σπουδαιότητα της προσεκτικής παρατηρήσεως και των εμπειριών σαν πηγή γνώσεων.

Στον 19<sup>ο</sup> αιώνα η συστηματική παρατήρηση της ζωής του παιδιού και η πλατύτερη γνώση της θρέψεως του βρέφους και των αιτιών της παιδικής αρρώστιας, οδήγησαν στην συστηματική μελέτη του κλάδου αυτού, με αποτέλεσμα την τεράστια ελάττωση της παιδικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Για πρώτη φορά ιδρύεται ίδρυμα για παιδιά στην Ευρώπη το 1421 στη Φλωρεντία και το πρώτο Παιδιατρικό Νοσοκομείο το 1787 στη Βιέννη.

Αυτή την εποχή αρχίζει να παρουσιάζεται η θεωρία ότι τα νοσήματα των παιδιών παρουσιάζουν διαφορές από τα νοσήματα των ενηλίκων και απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και με αυτόν τον τρόπο γεννιέται μια καινούργια ειδικότητα της Ιατρικής, η Παιδιατρική Ιατρική.

Κάπου εκεί αρχίζει παράλληλα να αναπτύσσεται και η Παιδιατρική Νοσηλευτική σαν ξεχωριστή Νοσηλευτική ειδικότητα. Για πρώτη φορά ιδρύεται το 1889 Νοσοκομειακή σχολή Αδελφών του Harvard στις Η.Π.Α. Η Παιδιατρική Νοσηλευτική είναι απαραίτητο μέρος της όλης

βασικής Νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Η μεταβατική εκπαίδευση θεωρείται απαραίτητη για όσους Νοσηλευτές επιθυμούν να ειδικευτούν στη νοσηλεία των παιδιών.

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

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

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. Όλοι βέβαια ελπίζουν πως τα αποτελέσματα των μέχρι τώρα ερευνών θα

γίνουν ευρύτερα γνωστά και θα εφαρμοστούν στην πράξη για να μπορούμε να πούμε ότι η νοσηλεία ενός παιδιού δεν θα αλλάξει καθόλου το πρόγραμμα του ή ακόμη και τη ζωή του<sup>1,2</sup>.

## **1.2. ΠΡΟΤΥΠΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ**

### **1.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ - ΣΚΟΠΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ**

Τα νοσοκομεία παιδών υπάγονται στην κατηγορία των ειδικών νοσοκομείων, γιατί νοσηλεύουν άτομα μέχρι κάποιας ηλικίας (μέχρι 16 ετών). Η βασική αιτία λειτουργίας του είναι η εφαρμογή της παιδιατρικής ιατρικής, η οποία ασχολείται με την παρακολούθηση, σε όλα τα στάδια της εξέλιξης ενός παιδιού, από τη γέννησή του μέχρι την ενηλικίωση του. Άλλοι κλάδοι της παιδιατρικής είναι η νεογνολογία, η βρεφοκομική, η νηπιολογία και η παιδοψυχιατρική, που τις συναντάμε σαν υποειδικότητες στα παιδιατρικά νοσοκομεία.

Οι σκοποί των νοσοκομείων παιδών είναι οι εξής:

1. Η νοσηλεία των αρρώστων παιδιών.
2. Η θεραπεία και η ταχύτερη ανάρρωσή τους.
3. Πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών.
4. Η έρευνα και οι μελέτες για την προαγωγή των επιστημών υγείας.
5. Η εκπαίδευση και προετοιμασία των σπουδαστών και η ειδίκευση των ιατρών.

Οι βασικές αρχές που πρέπει να πληρεί ένα παιδιατρικό νοσοκομείο είναι οι εξής:

1. Πλήρης Ιατρική και Νοσηλευτική φροντίδα.
2. Λήψη μέτρων σωματικής ασφαλείας των παιδιών.

3. Προφύλαξη των παιδιών από το περιβάλλον όταν αυτό τους προκαλεί ψυχολογική αναστάτωση<sup>2</sup>.

### **1.2.2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ**

Αναγκαία και βασική αρχή του νοσοκομείου παιδών είναι να βρίσκεται και να είναι ανάλογο με την περιοχή που προορίζεται να εξυπηρετήσει, να έχει όλες τις ειδικότητες για τη σωστότερη φροντίδα των παιδιών.

Σήμερα όλοι πιστεύουμε ότι η μελέτη των μικρών παιδιών απαιτεί ειδική φροντίδα και προσοχή. Πέρα όμως από τον ανθρώπινο παράγοντα πρέπει τα νοσοκομεία παιδών να έχουν ένα ευχάριστο και όμορφο περιβάλλον και να καλύπτουν όλες τις ανάγκες των παιδιών<sup>2</sup>.

### **1.2.3. ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ**

Η καλή λειτουργία ενός παιδιατρικού νοσοκομείου επηρεάζεται άμεσα και έμμεσα από την τοποθεσία, την αρχιτεκτονική, την διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό του. Το έδαφος του οικοπέδου πρέπει να είναι στεγανό και αντισεισμικό μακριά από θορύβους και καυσαέρια, για να εξασφαλίζεται υγιεινό - φυσικό περιβάλλον για τον ασθενή. Πρέπει να εξυπηρετείται συκοινωνιακά, να εφοδιάζεται εύκολα με αναλώσιμα υλικά και τέλος να μπορούν να φτάνουν έγκαιρα τα επείγοντα περιστατικά. Οι χώροι του να είναι ανάλογοι του αριθμού των παιδιών που θα νοσηλεύσει. Να διαθέτει κήπο και πλήρη εξοπλισμό για την ψυχαγωγία και άσκηση των παιδιών και ειδικά αυτών που νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Να κτίζεται με εξελικτική προοπτική για να καλύψει μελλοντικές ανάγκες και να εξασφαλίζει άνετη διαμονή

τόσο των αρρώστων όσο και του προσωπικού. Η αρχιτεκτονική του πρέπει να προσδίδει ασφάλεια στα παιδιά. Οι εξώστες και τα παράθυρα να είναι καλά προστατευμένα. Τα λουτρά και τα αποχωρητήρια να είναι προσαρμοσμένα στην σωματική διάπλαση των παιδιών. Τέλος οι τοίχοι να έχουν όμορφα χρώματα και ευχάριστες ζωγραφιές.<sup>2</sup>



### **1.3. ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

**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 περιδάλπονται 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 γυχιατρικά περιστατικά. Πολύ γρήγορα οι παιδίατροι που περιέδαλπαν παιδιά με ασθένειες του αίματος κατάλαβαν την σπουδαιότητα των νοσοκομείων ημέρας.

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

Η λειτουργία των νοσοκομείων ημέρας είναι πολύ οικονομικότερη από τη λειτουργία των άλλων νοσοκομείων, γιατί μειώνεται η δαπάνη της παραμονής επί 24ώρου βάσεως. Το προσωπικό όμως πρέπει να

εργάζεται εντατικά και να υπακούει στην αυστηρή οργάνωση του νοσοκομείου. Τα ιατρικά, ψυχολογικά και κοινωνικά οφέλη είναι πολύ σημαντικά και δικαιολογούν την ανάπτυξη του νοσοκομείου ημέρας στις περισσότερες χώρες. Πόσο μάλλον στο επίπεδο των παιδιατρικών νοσοκομείων που φιλοξενούν τόσο εύδραυστους ασθενείς<sup>1,2</sup>.

**Κατ' οίκον νοσηλεία:** Η κατ' οίκον νοσηλεία αποβλέπει κατ' αρχήν στην 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 ζουν κάτω από δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης και αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες γλωσσικής επικοινωνίας.

Για πρώτη φορά το 18<sup>ο</sup> 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 απόχωρισμό του αρρώστου παιδιού από την 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 νοσηλευτών ή επισκεπτών υγείας που είναι υπεύθυνο 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:

1. Οι συνθήκες θεραπείας είναι πιο ανθρώπινες.
2. Το παιδί δεν αποχωρίζεται το οικείο περιβάλλον με αποτέλεσμα τη μείωση ψυχολογικών προβλημάτων που συνήθως παρουσιάζονται στο νοσοκομείο.
3. Τα νοσοκομεία έχουν λιγότερους ασθενείς.
4. Υπάρχει μείωση των εξόδων γιατί τα ημερήσια έξοδα νοσηλείας στο σπίτι είναι τρεις έως τέσσερις φορές χαμηλότερα από τα αντίστοιχα μιας ημέρας στο νοσοκομείο.

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

1. Στα παιδιά που έχουν 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 νοσηλείας είναι πολύ μεγάλη.
2. 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 επιστρέφουν μετά την 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 νοσηλευτές που επισκέπτονται στο σπίτι καθώς και την παροχή μιας αποτελεσματικής ιατρικής και κοινωνικής βοήθειας με ψυχολογική υποστήριξη<sup>1,2</sup>.

**Μονάδα βραχείας νοσηλείας.** Η μονάδα αυτή λειτουργεί σε ημερήσια βάση και η λειτουργία της είναι από τις 8:00 π.μ. - 8:00 μμ και μετά παύει να λειτουργεί. Το πλεονέκτημα της μονάδας βραχείας νοσηλείας στον 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 δάλαμο που οι υπόλοιποι ασθενείς δεν έχουν σοβαρές ασθένειες. Αυτό παίζει σημαντικό ρόλο στα παιδιά, τα οποία επηρεάζονται ψυχολογικά όταν βρίσκονται σε κοινό δάλαμο με πολλούς ασθενείς που κατά κανόνα έχουν σοβαρές ασθένειες (υπάγεται και η ΜΟ.Ν.Η.ΝΟ - Μονάδα μιας ημέρας νοσηλείας).

Η ΜΟ.Μ.Η.ΝΟ 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.ΝΟ τα οποία πάσχουν από ελαφρές ασθένειες, κάτι που δεν επιβαρύνει τον ψυχολογικό τομέα σημαντικά.<sup>1,2</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

### **2.1. ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Τελικά πότε είναι φρόνιμο ένα παιδιά να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο; Ένα παιδί πρέπει να νοσηλεύεται στις παρακάτω περιπτώσεις.

1. Επεμβάσεις που απαιτούν ολική αναισθησία.
2. Εντατική επίβλεψη και φροντίδα μετά από τραυματισμό του κρανίου, δηλητηρίαση κτλ.
3. Όλες οι ασθένειες που απαιτούν θεραπεία διά της ενδοφλέβιας οδού (ενδοφλέβια χορήγηση, καθετήρες κτλ).
4. Θεραπείες του αναπνευστικού συστήματος που απαιτούν οξυγόνο, διασωλήνωση, μηχανικούς αναπνευστήρες, τέντες, μηχανική αναρρόφηση κτλ.
5. Ασθένειες που απαιτούν συχνές και λεπτές φροντίδες από τη νοσηλευτική ή κάποια ειδική τεχνική ειδικό πρόγραμμα διατροφής φροντίδες σε εντεταμένα εγκαύματα.
6. Παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο μέσα στο ίδιο τους το σπίτι, κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά.
7. Ανάγκη να τεθεί η περίπτωση υπό παρακολούθηση, διαταραγμένη 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 η εργαστηριακή ανάρρωση, διότι κάθε εκτεταμένη νοσηλεία διακινδυνεύει πολλά, όπως σφάλματα στις συνταγές που χορηγούνται, παραβλέψεις, ατυχήματα, αυξημένη νοσοκομειακή μόλυνση και κυρίως ψυχολογικές επιπτώσεις.

Η κατάσταση είναι φυσικά εντελώς διαφορετική στις υπό ανάπτυξη χώρες όπου τα νοσοκομεία είναι γεμάτα σοβαρά άρρωστα παιδιά και όπου τα ποσοστά θνησιμότητας είναι πολύ μεγάλα. Σε αυτά τα νοσοκομεία δεν τίθεται φυσικά θέμα καταχρηστικής νοσηλείας<sup>3</sup>.

## **2.2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

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 σε έναν χώρο άγνωστο, με μια ομάδα αγνώστων ατόμων να το περιβάλλουν. Τα παιδιατρικά νοσοκομεία στην αρχή είχαν οικοδομηθεί με πρότυπο σύστημα και το περιβάλλον τους ήταν γυμνό 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 ότι η διαφορές αυτές τείνουν σιγά - σιγά να εξαλειφθούν.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο στο παιδιατρικό νοσοκομείο είναι η τριαδική σχέση γονέας - παιδί - γιατρός. Το παιδί έρχεται στο νοσοκομείο μαζί με τους γονείς του. Αυτοί περιγράφουν τα συμπτώματα της ασθένειας στο γιατρό όπως οι ίδιοι τα αντιλαμβάνονται. Επομένως το παιδί δεν απευθύνεται απευθείας στο γιατρό αλλά μέσω των γονιών του. Η οικογένεια λοιπόν είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ασθένειας και νοσοκομειακής νοσηλείας του παιδιού και 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 στην 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 ασθένειας. Οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν τέλος την αιτία ακόμα και επιθετικής συμπεριφοράς.<sup>3,4</sup>

### **2.2.1. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

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 μία 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 φυσιολογικό. Το παιδί μαθαίνει τι είναι αρρώστια, τι είναι φάρμακο, τι είναι νοσοκομείο.

Ο πιο σίγουρος τρόπος και πιο ιδανικός γι' αυτή την ηλικία είναι το παιχνίδι ρόλων με κούκλες. Στην περίπτωση αυτή οι κούκλες παίρνουν τη θέση του γιατρού, της νοσηλεύτριας, του ασθενή. Τα ειδικά παιχνίδια π.χ. πλαστικά εργαλεία, ενέσεις κτλ. 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. Λίγες μέρες πριν 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 επισκεφθούμε μαζί του το νοσοκομείο, το δωμάτιο του και να του τονίσουμε κυρίως τις ευχάριστες πλευρές της διαμονής του σε αυτό (πολλά παιδιά, παιχνίδια, τηλεόραση, βίντεο).

Ο φόβος του νοσοκομείου μπορεί να μειωθεί μέσω της μάθησης. Όσα περισσότερα γνωρίζουμε για έναν καινούργιο χώρο ή για μια

ασυνήθιστη κατάσταση (ασθένεια) τόσο λιγοστεύει ο φόβος για το άγνωστο και τόσο καλύτερα αντιμετωπίζουμε γνωστικά και συναισθηματικά το θέμα ασθένεια - νοσοκομείο<sup>3,5</sup>.

### **2.2.2. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

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

Μετά την κλινική εξέταση εξηγείται στους γονείς πόσο καιρό είναι ανάγκη να μείνει το παιδί στο νοσοκομείο, η φύση της αρρώστιας, η αναγκαιότητα της εισαγωγής, καθώς και η διαδικασία της νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι εξηγήσεις πρέπει να δοθούν με λόγια κατανοητά με αποφυγή ιατρικών όρων οι οποίοι πολλές φορές δημιουργούν πανικό. Αν το παιδί είναι μεγάλο πρέπει και αυτό να ενημερωθεί γι' αυτήν την κατάσταση. Καταρχήν πρέπει να εξηγήσουμε ότι η αρρώστια δεν είναι μοναδική και ότι υπάρχει κατάλληλη θεραπεία. Αυτό καθησυχάζει γονείς και παιδιά και δέχονται πιο ανώδυνα την εισαγωγή. Ακόμα 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.

### **2.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Είναι γνωστό ότι η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο μπορεί να γίνει αφορμή να προκληθούν ψυχολογικές πιέσεις, με την πιθανότητα να δημιουργηθούν τραυματικές εμπειρίες στο ίδιο το παιδί και τους γονείς του. Το αποτέλεσμα είναι ότι μπορεί να επηρεαστεί η προσωπικότητα και οι ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού. Βέβαια και οι ενήλικες επηρεάζονται από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Τα παιδιά όμως επηρεάζονται σε σημαντικότερο βαθμό για τους εξής λόγους.

1. Το επίπεδο ωριμότητα του παιδιού (συναισθηματικής και νοητικής), εξαιτίας της οποίας το παιδί δεν μπορεί να διεργαστεί εσωτερικά τις διάφορες εμπειρίες που βιώνει.
2. Το γεγονός ότι η προσωπικότητα του δεν έχει πλήρως αναπτυχθεί και τείνει να δίνει δικές του ερμηνείες σε διάφορα γεγονότα που του επισυμβαίνουν. Οι εμπειρίες αυτές χρωματίζονται και από τις ασυνείδητες φαντασιώσεις, που φυσιολογικά έχουν όλα τα παιδιά.

Το παιδί που μπαίνει στο νοσοκομείο επηρεάζεται από μία σειρά παραγόντων όπως:

1. Ο αποχωρισμός του παιδιού από τους γονείς του γεγονός ιδιαίτερα ψυχοτραυματικό για παιδιά της προσχολικής ηλικίας.
2. Οι περιορισμοί στην κινητικότητα και τη διαίτα.
3. Ο πόνος και το άγχος που προκαλεί η αρρώστια.
4. Το γεγονός ότι το παιδί βρίσκεται σε άγνωστο περιβάλλον.

5. Η αβεβαιότητα γι' αυτά που το περιμένουν και οι προσδοκίες που έχουν οι άλλοι από αυτό.
6. Η απώλεια του ελέγχου για την αυτονομία του<sup>6</sup>.

### **Ο αποχωρισμός του παιδιού από τους γονείς του**

Ο αποχωρισμός του παιδιού από τους γονείς του θεωρείται βασικός παράγοντας. Ο αποχωρισμός και το άγχος που προκαλείται στο παιδί είναι γεγονότα ιδιαίτερα ψυχοτραυματικά για παιδιά της προσχολικής ηλικίας για τους εξής λόγους.

- α. Τα παιδιά στην ηλικία αυτή είναι πιο ευάλωτα.
- β. Έχουν μεγαλύτερες ανάγκες.
- γ. Είναι περισσότερο εξαρτημένα από τους γονείς.

Τα αποτελέσματα του αποχωρισμού μπορεί να είναι εξίσου τραυματικά και σε μεγαλύτερα παιδιά, ιδίως αν είχαν προηγούμενες εμπειρίες αποχωρισμού από τους γονείς τους ή αν είχαν εμπειρίες που τους δημιούργησαν συναισθηματική στέρηση, εξαιτίας των οποίων είναι αγχώδη και ανασφαλή. Η μεγάλη σημασία της μητρικής αποστέρησης και των επιπτώσεων του αποχωρισμού έχει διαπιστωθεί από τον Bowlby. Επίσης ο Prugh και συνεργάτες έχουν δείξει ότι ακόμα και με εξαιρετική ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και με προσεκτική μεταχείριση του παιδιού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του και με την έξοδο από το νοσοκομείο το παιδί παρουσιάζει διαταραχές συμπεριφοράς με τη μορφή του άγχους αποχωρισμού.

Η πρώτη συνηθισμένη εκδήλωση αποχωρισμού 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 νιώθει το παιδί από το άγνωστο νοσοκομειακό περιβάλλον και τα άγνωστα πρόσωπα που το περιβάλλουν. Κλαίει και φωνάζει τη μητέρα του και αντιδρά αρνητικά στην παρουσία άγνωστου ατόμου.

Με το πέρασμα των ωρών ή των ημερών το παιδί βλέπει ότι δεν το παίρνουν από το νοσοκομείο. Σιγά - σιγά 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 απαθής 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 αρχίζει να προσαρμόζεται. Αρχίζει να ενδιαφέρεται για ό,τι το περιβάλλει. Αυτό όμως δεν είναι παρά ένας συμβιβασμός στην όλη κατάσταση. Το παιδί σε αυτό το στάδιο δείχνει παντελή αδιαφορία για τη μητέρα του.

Υπάρχουν και οργανικά συμπτώματα που εμφανίζονται στο παιδί υπό την επήρεια της νοσοκομειακής νοσηλείας. Αυτά εμφανίζονται σαν ένας τρόπος διαμαρτυρίας του παιδιού για τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο. Τέτοια οργανικά συμπτώματα είναι η νυκτουρία, το μεύδισμα, η οξυθυμία, ο νευρικός εμετός, οι πεπτικές διαταραχές, η αϋπνία<sup>6,7</sup>.

### **Οι περιορισμοί στην κινητικότητα και στην διαίτα**

Είναι γνωστό ότι οι περιορισμοί στην κινητικότητα, όπως μπορεί να επιβληθούν λόγω κάποιας ασθένειας, μπορούν να προκαλέσουν διάφορες ψυχολογικές επιπτώσεις. Έχει περιγραφεί ότι στην περίπτωση αυτή τα παιδιά γίνονται φοβισμένα, παθητικά και εξαρτημένα από τους ενήλικες. Η περιορισμένη κινητικότητα έχει επίσης ως αποτέλεσμα την απόσυρση και απομόνωση των παιδιών.

Ψυχολογικά προβλήματα δημιουργούνται επίσης από περιορισμούς στη διαίτα. Τα παιδιά, δηλαδή, μπορεί να φτάσουν να αισθανθούν ότι γίνονται διακρίσεις σε βάρος τους ή ότι η διαίτα είναι ένδειξη απόρριψης ή έλλειψη αγάπης από αυτούς που τα φροντίζουν<sup>6,8</sup>.

### **Ο πόνος και το άγχος που προκαλεί η αρρώστια**

Ο πόνος και η αρρώστια προκαλούν έντονο άγχος στο παιδί παράλληλα, το άγχος του παιδιού μπορεί να τροφοδοτηθεί από την αγωνία και την ανησυχία που έχουν οι γονείς, που τελικά συμβάλλουν



στη δημιουργία φαύλου κύκλου με δυσάρεστες ψυχολογικές επιπτώσεις στο παιδί<sup>6</sup>.

### **Η επίδραση του άγνωστου περιβάλλοντος**

Όπως οι Vernon (1966) επισημαίνουν, αν το περιβάλλον του νοσοκομείου είναι τελείως άγνωστο στο παιδί, τότε είναι δυνατόν οι ψυχικές διαταραχές να είναι μεγαλύτερες.

Η ψυχολογική προετοιμασία των παιδιών και των γονέων, είτε μειώνει τις ψυχολογικές επιπτώσεις από την εισαγωγή, είτε αυξάνει τα θετικά αποτελέσματα στην συμπεριφορά του παιδιού μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Με άλλα λόγια, δηλαδή, όταν ένα παιδί μπαίνει στο νοσοκομείο για μία χειρουργική επέμβαση ή για οποιονδήποτε άλλο λόγο, ο στόχος δεν θα πρέπει να είναι μόνο η αποκατάσταση της σωματικής του υγείας, αλλά και η κατάλληλη ψυχολογική αντιμετώπιση του ίδιου και των γονέων του. Υπάρχουν διάφορες μελέτες που επιβεβαιώνουν την παραπάνω άποψη. Έχει, για παράδειγμα, υποστηρίχθει στη μελέτη του Uaghan (1971) ότι αν το περιβάλλον του νοσοκομείου είναι τελείως άγνωστο στο παιδί και το προσωπικό αδιάφορο, ίσως γιατί είναι πολύ απασχολημένο ή απληροφόρητο για το στρες που περνάει το παιδί, τότε οι ψυχολογικές αντιδράσεις του θα είναι πιο έντονες<sup>6,9</sup>.

### **Η αβεβαιότητα του παιδιού γι' αυτά που το περιμένουν και οι προσδοκίες που έχουν οι άλλοι από αυτό**

Είναι γνωστό ότι η γνώση μιας κατάστασης που μας περιμένει μας βοηθάει να προσδιορίσουμε ανάλογα τη συμπεριφορά μας και να ελέγξουμε το επίπεδο του άγχους μας. Το ίδιο βέβαια ισχύει και για τα παιδιά και οπωσδήποτε η καλή γνώση του τι το περιμένει το βοηθάει να μειώσει το επίπεδο του άγχους του. Το εγώ του παιδιού όμως είναι σχετικά ανώριμο και, επομένως, δεν είναι εύκολο να ελέγξει το άγχος του. Παράλληλα, κινητοποιούνται στο παιδί ασυνείδητες φαντασιώσεις και φόβοι και, επομένως, η σωστή πληροφόρηση μόνη της δεν έχει πάντοτε ως αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους. Πρέπει να συνδυαστεί και με άλλα μέτρα, που θα αναφερθούν στα παρακάτω κεφάλαια.

Άλλος παράγοντας που επίσης παίζει ρόλο είναι το αν η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο είναι αποτέλεσμα οξείας ασθένειας ή όχι. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο προκαλεί μια κρίση στην οικογένεια και είναι ευνόητο ότι η κρίση θα είναι πιο έντονη, αν η αρρώστια και η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο είναι ξαφνική<sup>6,9</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1 ΟΞΕΙΑ ΚΑΙ ΞΑΦΝΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Στην οξεία και ξαφνική ασθένεια του παιδιού τα κύρια χαρακτηριστικά είναι τα εξής:

Άγχος στο ίδιο το παιδί

1. Από τον πόνο ή τις σωματικές εκδηλώσεις της αρρώστιας.
2. Από τον πανικό και το φόβο που βλέπει να έχουν οι γονείς του.
3. Από την αναστάτωση του συνηθισμένου τρόπου ζωής και τους διάφορους αποχωρισμούς που συνεπάγεται η εισαγωγή (σπίτι, σχολείο, αδέρφια).
4. Από το κλίμα και την ατμόσφαιρα που επικρατεί στο νοσοκομείο, ιδιαίτερα σε μια μέρα εφημερίας που γίνεται συνήθως εισαγωγή.

Μερικά από τα χαρακτηριστικά της είναι:

α. Μεγάλο άγχος και πίεση σε γονείς, παιδιά και προσωπικό του νοσοκομείου, όλων των κατηγοριών, ιδίως αν οι εργασιακές συνθήκες είναι δύσκολες, όπως συμβαίνει σε όλα σχεδόν τα ελληνικά νοσοκομεία σε μέρες εφημερίας.

β. Ειδικότερα για μικρότερα παιδιά που είναι εκτεθειμένα σε καταστάσεις «παράξενες», γι' αυτά, όπως διαφορετικά κρεβάτια, περίεργη τροφή, παρουσία ξένων προσώπων κ.α.

5. Από τις διάφορες ιατρικές παρεμβάσεις και εξετάσεις, ιδίως όταν αυτές γίνονται χωρίς προηγούμενη εξήγηση και πληροφόρηση

### **3.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ**

Οι γονείς συχνά αισθάνονται άγχος, πανικό ή και ενοχή επιπλέον, αλλάζει και γι' αυτούς ο συνηθισμένος τρόπος ζωής και ο ρυθμός ζωής της οικογένειας.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί η γενικά παραδεκτή ψυχοαναλυτική άποψη ότι κάθε χειρουργική επέμβαση στο σώμα του παιδιού μπορεί να είναι αφορμή για να ενεργοποιηθούν και να κινητοποιηθούν ιδέες και φαντασιώσεις όπως άγχος ευνουχισμού, επίθεσης κ.α. Επομένως, το τι σημαίνει η εμπειρία της εγχείρισης ή της ιατρικής επέμβασης δεν εξαρτάται μόνο από τη σοβαρότητα της επέμβασης αλλά και από την έκταση και το είδος των φαντασιώσεων που κινητοποιούνται και από τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται οι διάφορες εμπειρίες που συμβαίνουν στο παιδί. Για παράδειγμα, αν οι φαντασιώσεις των παιδιών είναι σχετικές με την επιθετικότητα προς τη μητέρα του, τότε η ιατρική επέμβαση βιώνεται σαν επίθεση που έγινε από τη μητέρα στο σώμα του παιδιού. Να επισημανθεί στο σημείο αυτό ότι η A. Freud (1952) έχει αναπτύξει με μεγάλες λεπτομέρειες τους διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν την αντίδραση του παιδιού στη σωματική αρρώστια. Ως αποτέλεσμα των εμπειριών αυτό που περνά το παιδί και η οικογένεια, οι γονείς τείνουν να γίνουν απαιτητικοί, κάνουν συνέχεια ερωτήσεις, ακόμα και προβάλλουν την ενοχή τους για την αρρώστια του παιδιού τους στους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό και μπορεί να γίνουν επιθετικοί μαζί τους<sup>9</sup>.

### **3.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Οι αντιδράσεις μπορεί να ποικίλλουν, αλλά ο κύριος και βασικός τρόπος είναι αυτός που υπαγορεύεται από το ιατρικό μοντέλο, δηλαδή αρρώστια - συμπτώματα - άρρωστο όργανο - καταστολή του συμπτώματος. Πρακτικά αυτό μπορεί να σημαίνει ότι στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων από την υγειονομική ομάδα δεν λαμβάνονται αρκετά υπόψη οι ψυχολογικές επιπτώσεις της αρρώστιας πάνω στο παιδί και την οικογένεια. Επιπλέον ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, ιδίως την ημέρα της εφημερίας, η πιθανή έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για τις ψυχολογικές επιπτώσεις της αρρώστιας κάνουν ακόμα πιο δύσκολη την αντιμετώπιση της κρίσης. Ως συνέπεια, συχνά το προσωπικό της υγειονομικής ομάδας αναπτύσσει διάφορες άμυνες και τρόπους συμπεριφοράς απέναντι στο άγχος και την ανησυχία που μπορεί να προκαλείται στο ίδιο, εξαιτίας της αρρώστιας των παιδιών και των υπερβολικών πιέσεων που μπορεί να δέχεται από τους γονείς. Μερικοί συνηθισμένοι τρόποι συμπεριφοράς και άμυνας είναι άρνηση της σημασίας του ψυχολογικού παράγοντα και γυχρή συμπεριφορά, που έχει ως αποτέλεσμα να κάνει τους γονείς και το παιδί να αισθάνονται ότι δεν έχουν καμία υποστήριξη. Αντίστροφα, μπορεί να υπάρξει έντονος πανικός ή και καμία φορά ανοιχτή ή συγκαλυμμένη επιθετική συμπεριφορά προς το γονέα. Έτσι συμβαίνει αρκετά συχνά η κρίση να μην μπορεί να αντιμετωπιστεί, με δυσάρεστες επιπτώσεις που μπορεί να κυμαίνονται από μια μεγαλύτερη διάρκεια παλινδρόμησης, που φυσιολογικά αναπτύσσεται σε κάθε παιδί με την

αρρώστια, μέχρι και σε οξείες καταστάσεις άγχους στο παιδί και τους γονείς. Πρέπει βέβαια να αναφερθεί ότι κατά κανόνα υπάρχει εκ μέρους της υγειονομικής ομάδας και η ώριμη και σωστή αντιμετώπιση του άρρωστου παιδιού και της οικογένειας<sup>9,10</sup>.

### **3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

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

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

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

1. Καθαρισμό των λεπτομερειών της διαδικασίας που εκτελείται.
2. Ανασκόπηση του επιπέδου κατανόησης των γονέων και του παιδιού.
3. Σχεδιασμός της πραγματικής διδασκαλίας, με βάση την αναπτυξιακή ηλικία και το επίπεδο γνώσεων του παιδιού.

4. Συμμετοχή των γονέων στη διδασκαλία εάν το επιθυμούν και ειδικά εάν αυτοί σχεδιάζουν να συμμετάσχουν στην φροντίδα.
5. Εξασφάλιση χρόνου για συζήτηση, ενώ γίνεται η προετοιμασία του παιδιού, για να αποφευχθεί υπερβολική πληροφόρηση και να εξασφαλισθεί επαρκής επανατροφοδότηση.

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

Για τις πιο πολύπλοκες διαδικασίες ίσως χρειάζεται περισσότερος χρόνος για αφομοίωση των πληροφοριών, ειδικά για τα μεγαλύτερα παιδιά π.χ. η ενημέρωση για την ένεση μπορεί να γίνει αμέσως πριν τη διαδικασία για όλες τις ηλικίες, αλλά η προετοιμασία για το χειρουργείο μπορεί να αρχίσει την προηγούμενη ημέρα για τα μικρά παιδιά και λίγες ημέρες πριν για τα μεγαλύτερα παιδιά, αν και οι προτιμήσεις των μεγαλύτερων παιδιών πρέπει να εκμειεύονται με τη συζήτηση<sup>11</sup>.

### **Εγκαθίδρυση εμπιστοσύνης και εξασφάλιση υποστήριξης**

Ο νοσηλευτής, που έχει διαθέσει αρκετό χρόνο στο παιδί και έχει δημιουργήσει θετική σχέση με αυτό, θα κερδίσει εύκολα τη συνεργασία του. Εάν η σχέση βασίζεται στην εμπιστοσύνη, το παιδί θα συνδέσει το



νοσηλευτή με τις δραστηριότητες φροντίδας που του παρέχουν άνεση, ευχάριστη απασχόληση και διασκέδαση τον περισσότερο χρόνο και όχι με κάποιον που του προκαλεί δυσχέρεια και άγχος.

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

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

Οι προτιμήσεις των γονέων για συμμετοχή στη διαδικασία, απλή παρακολούθηση της διαδικασίας ή αναμονή έξω από το δάλαμο θα πρέπει να εκτιμηθούν. Οι γονείς που επιθυμούν να παραμείνουν κοντά στο παιδί τους κατά την εκτέλεση της διαδικασίας χρειάζονται προετοιμασία για το τι θα συμβεί και για το πως μπορούν να βοηθήσουν. Απλές οδηγίες, όπως διευκρίνιση του σημείου όπου οι γονείς μπορούν να στέκονται μέσα στο δάλαμο για να βλέπουν το παιδί τους, μειώνουν την ανησυχία τους. Οι γονείς που δεν επιθυμούν να είναι παρόντες ή να συμμετέχουν, υποστηρίζονται στην απόφασή τους αυτή

και ενθαρρύνονται, να βρίσκονται κοντά στο δάλαμο, ώστε να μπορούν να παρηγορήσουν και να υποστηρίξουν το παιδί τους αμέσως μετά το πέρας της διαδικασίας<sup>10</sup>.

### **Παροχή εξηγήσεων**

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

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

Ειδικά αντικείμενα δεν χρειάζονται για την προετοιμασία του παιδιού, αλλά για μικρά παιδιά που δεν μπορούν να αντιληφθούν τις έννοιες, η χρήση αντικειμένων ως συμπλήρωμα της προφορικής εξήγησης είναι σημαντική. Αφήνοντας τα παιδιά να χειρισθούν τα πραγματικά αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν για την φροντίδα τους, όπως

στηθοσκόπιο, σφυγμανόμετρο, ή μάσκα οξυγόνου, εξοικειώνονται με αυτά και μειώνεται η απειλή που συχνά συνδέεται με τη χρήση τους. Αντικείμενα - μινιατούρες όπως συσκευές ορού, μάσκες κλπ. αντί των πραγματικών αντικειμένων του νοσοκομείου μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εξηγηθεί στα παιδιά τι πρέπει να περιμένουν και να επιτραπεί σε αυτά να βιώσουν ακίνδυνα καταστάσεις άγνωστες και δυνητικός τρομακτικές.

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

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

1. Χρήση συγκεκριμένων - όχι αφηρημένων - όρων και οπτικών μέσων, για την περιγραφή της διαδικασίας π.χ. σκίτσου αγοριού ή κοριτσιού με απλές γραμμές και σημείωση των σημείων του σώματος, που θα περιληφθούν στην διαδικασία.
2. Να τονίσει ότι κανένα άλλο σημείο του σώματος δεν θα συμπεριληφθεί.
3. Χρήση κατάλληλων λέξεων, ανάλογα με το επίπεδο νοημοσύνης του παιδιού.
4. Αποφυγή λέξεων / φράσεων με διπλή έννοιας.
5. Διευκρίνιση όλων των άγνωστων λέξεων όπως «Αναισθησία είναι ένας ειδικός ύπνος».

6. Παρότρυνση του παιδιού να ασκηθεί στις διαδικασίες, στις οποίες απαιτείται η συμμετοχή του, όπως γύρισμα, βήχας, βαθιά αναπνοή, χρήση μάσκας, αναπνοή σε αναπνευστήρα IPPB.
7. Εξηγούνται άλλα στάδια της διαδικασίας - Τι θα αισθανθεί το παιδί, τι θα δει, θα μυρίσει και θα αγγίζει και τι μπορεί να κάνει κατά τη διάρκεια της διαδικασίας π.χ. να παραμείνει ακίνητο, να μετράει δυνατά, να σφίγγει το χέρι ή να κρατάει μία κούκλα.
8. Εάν κάποιο μέρος του σώματος συνδέεται με μια ειδική λειτουργία, τονίζεται η μεταβολή ή ο επηρεασμός αυτής της ικανότητας ή λειτουργίας π.χ. μετά την αμυγδαλεκτομή το παιδί θα μπορεί να μιλάει όπως και πριν.
9. Πληροφορίες που αυξάνουν το άγχος αναφέρονται τελευταίες, όπως η ένεση για προνάρκωση.
10. Ότι πρέπει να είναι ειλικρινής και τίμιος με το παιδί όσον αφορά τις δυσάρεστες απόψεις της διαδικασίας, αλλά να αποφεύγει να δημιουργεί αδικαιολόγητη ανησυχία. Όταν αναφέρει ότι η διαδικασία μπορεί να προκαλέσει κάποια δυσχέρεια, να τονίζει ότι κάθε άτομο βιώνει διαφορετικά τη δυσχέρεια και ότι μπορεί το ίδιο να αναφέρει ή να περιγράψει πως νιώθει.
11. Τονίζεται το τέλος της διαδικασίας και κάθε ευχάριστου γεγονότος που θα ακολουθήσει, όπως ότι θα πάει στο σπίτι θα δει τους γονείς του.<sup>9,10,11</sup>

### **Εκτέλεση της διαδικασίας**

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

### **Προσδοκία επιτυχίας**

Οι νοσηλευτές που πλησιάζουν τα παιδιά με εμπιστοσύνη και μεταφέρουν την εντύπωση ότι περιμένουν να είναι επιτυχής η διαδικασία είναι λιγότερο πιθανόν να αντιμετωπίσουν δυσκολία. Είναι επίσης προτιμότερο να πλησιάζετε το παιδί σαν να αναμένεται από αυτό να συνεργασθεί. Τα παιδιά νιώθουν το άγχος των άλλων και αποκρίνονται στην αισθητή απειλή με χτυπήματα ή με έντονη αντίδραση. Αν και δεν είναι δυνατόν να αποφευχθεί τέτοια συμπεριφορά από κάθε παιδί, η σταθερή προσέγγιση με θετική στάση από μέρους του

νοσηλευτή έχει την τάση να μεταφερθεί ένα αίσθημα ασφάλειας στα περισσότερα παιδιά.

### **Συμμετοχή του παιδιού**

Γενικά η συμμετοχή του παιδιού βοηθάει να κερδηθεί η συνεργασία του. Επιτρέποντας του να κάνει τις δικές του επιλογές, του παρέχεται κάποιο είδος ελέγχου. Ωστόσο η επιλογή επιτρέπεται μόνο σε καταστάσεις που προσφέρονται να πεις στο παιδί «θέλεις να πάρεις το φάρμακο σου τώρα» ή «πρόκειται να σου κάνω μια ένεση τώρα, εντάξει;» κάνει το παιδί να πιστεύει ότι υπάρχει κάποια δυνατότητα επιλογής και ότι μπορεί να αρνηθεί ή να καθυστερήσει να πάρει το φάρμακο του «νόμιμα».

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

Πολλά παιδιά αποκρίνονται στις τακτικές που απευθύνονται στην ωριμότητά τους ή στο θάρρος τους. Αυτό επίσης δίνει σε αυτά ένα αίσθημα συμμετοχής και επιτυχίας. Π.χ. τα παιδιά προσχολικής ηλικίας νιώθουν περήφανα, όταν κρατούν το επιδεσμικό υλικό κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ή αφαιρούν το λευκοπλάστ. Το ίδιο συμβαίνει και με τα

παιδιά σχολικής ηλικίας, τα οποία συνεργάζονται με ελάχιστη αντίσταση.

### **Έκφραση αισθημάτων**

Το παιδί αφήνεται να εκφράσει αισθήματα θυμού, άγχους φόβου, απογοήτευσης ή οποιοδήποτε άλλο συναίσθημα. Είναι φυσιολογικό για τα παιδιά που αισθάνονται απογοήτευση να χτυπούν ή να προσπαθούν να αποφύγουν καταστάσεις που δημιουργούν άγχος. Το παιδί χρειάζεται να γνωρίζει ότι είναι σωστό να κλάψει. Οποιαδήποτε και αν είναι η απόκρισή του, είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να αποδεχθεί τη συμπεριφορά του. Λέγοντας σε ένα παιδί με περιορισμένη λεκτική επικοινωνία, όπως ένα παιδί που μόλις άρχισε να μιλάει, να σταματήσει να κλωτσά, να δαγκώνει ή όπως αλλιώς εκφράζει την απογοήτευσή του, του μεταβιβάζει το αίσθημα ότι δεν έγινε κατανοητό. Η συμπεριφορά είναι το κυριότερο μέσο επικοινωνίας και θα πρέπει να επιτρέπονται τέτοιες εκδηλώσεις, εκτός αν προκαλείται βλάβη στο ίδιο το παιδί ή σε αυτούς που το φροντίζουν<sup>11,12</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **4.1. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ**

Το παιδί που μπαίνει στο νοσοκομείο για να υποστεί μια χειρουργική επέμβαση θα γίνει αντικείμενο νοσηλευτικής φροντίδας, θα του κάνουν ενέσεις, θα πάρει φάρμακα, θα του γίνουν εξετάσεις με αιμοληψία, θα του γίνει αναισθησία για την εγχείρηση και θα περάσει από το στάδιο της ανάνηψης στη μετεγχειρητική περίοδο. Είναι γενικά γνωστό ότι η νοσηλευτική και η ιατρική φροντίδα που δέχεται το παιδί κατά τη φάση αυτή μπορεί να του προκαλέσει διάφορες ψυχολογικές αντιδράσεις. Το παιδί γίνεται ανήσυχο, φοβισμένο, είναι αναγκασμένο να εξαρτηθεί περισσότερο από τους ενήλικες που το φροντίζουν, ενώ παράλληλα φαίνεται ότι αυτά που είχε κατακτήσει μέχρι τώρα, ιδίως στο επίπεδο της ωρίμανσης και αυτονομίας, χάνονται και τελικά το παιδί παλινδρομεί σε προηγούμενα στάδια εξέλιξης.

Πρέπει να είναι γενικά γνωστό ότι η λήψη φαρμάκων, οι ενέσεις, οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να κινητοποιήσουν έντονο άγχος στο παιδί. Στο σημείο αυτό χρειάζεται να αναφερθεί η ψυχοδυναμική άποψη, σύμφωνα με την οποία κάθε επέμβαση στο σώμα του παιδιού μπορεί να είναι η αφορμή για να ενεργοποιηθούν και να κινητοποιηθούν ιδέες και φαντασιώσεις, όπως άγχος ευνουχισμού, επίθεσης κ.α. Επομένως το τι σημαίνει η εμπειρία της εγχείρησης ή της ιατρικής επέμβασης δεν εξαρτάται μόνο από τη σοβαρότητα της επέμβασης αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται από το ίδιο το παιδί οι διάφορες εμπειρίες που υφίστανται. Για παράδειγμα, αν οι φαντασιώσεις του



παιδιού αναφέρονται στην επιθετικότητά του, που προβάλλεται στη μητέρα, τότε η ιατρική επέμβαση βιώνεται σαν επίθεση που έγινε από τη μητέρα του στο σώμα του.

Η Α. Freud (1952) έχει αναπτύξει λεπτομερώς τους διάφορους παράγοντες που καθορίζουν την αντίδραση του παιδιού στην αρρώστια. Όσον αφορά στη λήψη φαρμάκων, χρειάζεται να λάβουμε υπόψη το γεγονός ότι αυτά μπορεί να διαταράσσουν τη διαυγεία του ή να προκαλούν διαταραχές στη συμπεριφορά, όπως συμβαίνει με τη λήψη βαρβιτουρικών.

Παράλληλα η λήψη φαρμάκων μπορεί να κινητοποιήσει άγχος και φαντασιώσεις στα παιδιά. Η λήψη φαρμάκων είναι ακόμα μια ένδειξη γι' αυτά ότι δεν μπορούν να το βγάλουν πέρα μόνα τους - είναι, δηλαδή, μια ένδειξη αδυναμίας, μια συνεχής υπενθύμιση της αρρώστιας τους και ένα σύμβολο της εξάρτησης και της ανεπάρκειας τους.

Έχει επίσης επισημανθεί ότι η αναισθησία μπορεί να προκαλέσει σε πολλά άτομα άγχος θανάτου<sup>13</sup>.

## **4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ**

Η προετοιμασία του παιδιού αρχίζει με την είσοδό του στο νοσοκομείο. Οι αντιδράσεις του παιδιού στο χειρουργείο, καλές ή κακές, είναι άμεσα συνδεδεμένες με την ψυχολογική προετοιμασία του πριν από αυτό. Αν η ψυχολογική προετοιμασία του παιδιού και των γονιών έχει γίνει σωστά στη νοσηλευτική μονάδα, ο νοσηλευτής του χειρουργείου έχει να αντιμετωπίσει λιγότερα προβλήματα. Ο φόβος του αποχωρισμού του παιδιού από τους γονείς του και το άγνωστο, το οποίο συναντά είναι φυσικό να του προκαλεί άγχος και δεν είναι συνεργάσιμο, γι' αυτό δημιουργούνται μερικές φορές προβλήματα.

Ο νοσηλευτής προσπαθεί να βοηθήσει το παιδί να ξεπεράσει το φόβο του, να του εξηγήσει όσα περισσότερα μπορεί επειδή δεν έχει κοντά τη μητέρα του, η οποία θα μπορούσε να το παρηγορήσει και να το κάνει να νιώσει ασφάλεια.

Με αυτόν τον τρόπο, η εμπειρία του στο χειρουργείο θα είναι λιγότερο τραυματική. Η ακριβής πληροφόρηση είναι αναγκαία στα παιδιά, διότι χωρίς αυτή δημιουργούν φανταστικές και παραπονημένες ιδέες σε σχέση με τα χειρουργεία και αυτές με τη σειρά τους τα οδηγούν σε αρνητική αντίδραση κατά την είσοδό τους στο χειρουργείο.

Στο νοσοκομείο παιδων του Ντένβερ, έχουν εφαρμοστεί διάφοροι τρόποι για να απαλυνθεί η αγωνία και ο φόβος του παιδιού. Στην αίθουσα αναμονής του χειρουργείου την προηγούμενη της επέμβασης ο νοσηλευτής αδειάζει το χώρο ανάληψης από τα παιχνίδια (για να μην αποσπάτε η προσοχή των παιδιών) και τους εξηγεί τι θα συμβεί την

ημέρα της εγχείρισης. Χρησιμοποιεί μια κούκλα για να τους δείξει πως πρέπει να προετοιμάζεται ο ασθενής και τι θα συμβεί στην αίθουσα του χειρουργείου. Τους επιδεικνύει τη ζώνη, βεβαιώνοντας τα ότι αυτή θα βοηθήσει να μην πέσουν από το χειρουργικό τραπέζι. Τους εξηγεί ότι πριν την επέμβαση πρέπει να κοιμηθούν και τους επιδεικνύει όλα τα μηχανήματα και τις μάσκες αναισθησίας. Τους ενθαρρύνει δε, να συμμετέχουν υποβάλλοντας διάφορες ερωτήσεις. Επιδεικνύει πως ο νοσηλευτής θα πάρει τα ζωτικά σημεία για τα εργαστηριακά, θα τρυπήσει το δάκτυλο της κούκλας και θα εξηγήσει ότι μπορεί να πονέσει. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να είναι ειλικρινής με τα παιδιά σε σχέση με τον πόνο. Η αίθουσα αναμονής του χειρουργείου πρέπει να δημιουργεί ευχάριστη εντύπωση στα παιδιά, ώστε να υπάρχουν οι προϋποθέσεις για να απασχοληθούν μέχρι την ώρα που θα μπουν στην αίθουσα του χειρουργείου.

Στο νοσοκομείο παιδών «Αγία Σοφία» έχει δημιουργηθεί μια πραγματικά ενδιαφέρουσα αίθουσα αναμονής για παιδιά. Καταργήθηκαν τα τυποποιημένα νοσοκομειακά κρεβάτια και αντικαταστάθηκαν από χαμηλά ντιβάνια που δίνουν την εντύπωση καναπέδων, στρώθηκε το δάπεδο με χονδρό χρωματιστό μουσαμά, τοποθετήθηκαν χαρούμενες κουρτίνες με παιδικές παραστάσεις, τοποθετήθηκαν τραπεζάκια χαμηλά με ανάλογες καρέκλες, ράφια με παιχνίδια και διάφοροι πίνακες και ζωγραφιές που κάνουν τα ίδια τα παιδιά κατά την ώρα της αναμονής τους στην αίθουσα.

Απασχολούνται τα παιδιά με video (παιδικές κασέτες), ζωγραφική, απλά παιχνίδια, μουσική (παιδικά τραγούδια), καθώς επίσης και με την

χρησιμοποίηση μόνιμου προσωπικού, που έχει ευαισθητοποιηθεί σε αυτό τον τομέα.

Κάθε παιδί που έρχεται στο χειρουργείο είναι ένα ξεχωριστό άτομο με τη δική του προσωπικότητα<sup>13</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **5.1. ΠΑΙΔΙ ΓΟΝΙΟΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ**

Κάθε χρόνο μεγάλος αριθμός παιδιών στην χώρα μας προσβάλλεται από μια βαριά αρρώστια που πολλές φορές τα οδηγεί στο θάνατο. Με τη συνεχή πρόοδο της ιατρικής η διάρκεια της ζωής αυτών των παιδιών παρατείνεται σημαντικά, και ενώ μερικά θεραπεύονται τελείως, αλλά ζουν κάτω από συνεχή ιατρική παρακολούθηση για μεγάλα ακόμα χρονικά διαστήματα. Έτσι λοιπόν ο νοσηλευτής δεν αντιμετωπίζει μόνο τη σοβαρή αρρώστια σαν ένα χρονικά σύντομο ιατρικό πρόβλημα, αλλά η μακροχρόνια επαφή του με το παιδί και τους γονείς του τον φέρνουν συχνά αντιμέτωπο με κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που ζει η οικογένεια μέσα από την εμπειρία της χρόνιας αρρώστιας. Ο ρόλος του νοσηλευτή επομένως δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στην διατήρηση της ζωής αλλά να επεκτείνεται και στην ψυχολογική υποστήριξη και στην προσαρμογή του άρρωστου παιδιού και της οικογένειάς του σε μία μακροχρόνια και συχνά δύσκολη πραγματικότητα. Όσο πιο ευαίσθητος και πρόθυμος είναι να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει τα ψυχολογικά προβλήματα που προκύπτουν, τόσο ουσιαστικότερα και αποτελεσματικότερα βοηθά την οικογένεια να «ζήσει» ολοκληρωμένα και αρμονικά την πραγματικότητα αυτή<sup>14</sup>.

## **5.2. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ**

Κάθε βαριά άρρωστο παιδί έχει το δικό του ατομικό τρόπο αντιμετώπισης και προσαρμογής στην αρρώστια του, που εξαρτάται βασικά: α) Από την προσωπικότητά του, β) την ηλικία του, γ) το περιβάλλον μέσα στο οποίο θεραπεύεται και δ) τις αντιδράσεις και την αντιμετώπιση της αρρώστιας του από την ίδια του την οικογένεια. Έτσι λοιπόν η εξέλιξη της προσαρμογής σε μία χρόνια πάθηση διαφέρει από το ένα στο άλλο παιδί.

Παρ' όλα αυτά όμως, σε όλα τα χρόνια άρρωστα παιδιά υπάρχουν μερικές κοινές αντιδράσεις που έχουν σαν συνέπεια μία έντονη ψυχική και συναισθηματική αναστάτωση (Lewis και Armstrong 1978, Mattson 1972).

Οι σημαντικότερες από τις πηγές που προκαλούν ψυχικό στρες περιγράφονται παρακάτω και είναι:

1. Ο οργανικός πόνος.
2. Ο χωρισμός από αγαπημένα πρόσωπα κατά την παραμονή στο νοσοκομείο.
3. Οι προσδοκίες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για παθητική συμμετοχή του παιδιού στις θεραπευτικές διαδικασίες.
4. Η φαντασία και οι ανησυχίες του παιδιού που είναι συνδεδεμένες με την εξέλιξη της πάθησής του και τις μεθόδους θεραπείας και
5. Η οικογενειακή ατμόσφαιρα που δημιουργείται σαν συνέπεια της αρρώστιας του παιδιού<sup>14</sup>.

### **5.2.1. ΟΡΓΑΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ**

Το μικρό παιδί που υποφέρει από τα συμπτώματα της αρρώστιας του και αγνοεί την αιτία ενός οργανικού πόνου, έχει την τάση να δίνει δικές του ερμηνείες σχετικά με την πάθησή του. Συχνά λοιπόν πιστεύει ότι αυτά τα συμπτώματα είναι ένα είδος τιμωρίας για κάτι «κακό» ή «στραβό» που έκανε, μπορεί, παραδείγματος χάρη, να πιστεύει ότι αρρώστησε και υποφέρει γιατί παράκουσε τους γονείς του και δεν ήταν «φρόνιμο παιδί» ή ότι πάσχει από την καρδιά του γιατί έτρεξε πολύ ή ακόμα ότι είναι διαβητικό γιατί έφαγε πολλά γλυκά. Μερικές φορές οι ερμηνείες αυτές και τα συναισθήματα ενοχής που δημιουργούνται, εξελίσσονται σε παράλογες, ανεξήγητες φοβίες και ένα έντονο άγχος, ιδίως μάλιστα όταν το παιδί διστάζει να εκφράσει τις απορίες του, ή όταν οι ενήλικοι του κρύβουν ή παραποιούν την αλήθεια. Έτσι λοιπόν ο οργανικός πόνος γίνεται ακόμα μεγαλύτερος, όταν μάλιστα πλαισιώνεται από διαστρεβλωμένες ερμηνείες, που δημιουργούν έντονα συναισθήματα ενοχής και συγχρόνως μια αρνητική εικόνα για τον ίδιο τον εαυτό του παιδιού<sup>14</sup>.

### **5.2.2. ΧΩΡΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΑΓΑΠΗΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ**

Μια από τις βασικότερες πηγές ψυχικού στρες για το παιδί είναι ο αποχωρισμός από τα αγαπημένα του πρόσωπα στη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο (γονείς, αδέρφια, φίλους). Ειδικότερα για ένα παιδί προσχολικής ηλικίας, που ποτέ δεν απόχωρίστηκε από την οικογένειά του, η περίοδος της νοσηλείας είναι έντονα τραυματική και τείνει να δημιουργήσει στη φαντασία του την εικόνα της εγκατάλειψης ή

της τιμωρίας του. Το μικρό παιδί των 2-4 χρόνων, περνά από τρεις φάσεις στη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης που παρουσιάζονται ταυτόχρονα ή εναλλακτικά. Στις πρώτες μέρες ζει μία περίοδο έντονης διαμαρτυρίας γιατί κλείστηκε στο Νοσοκομείο. Συχνά κλαίει ή αρνείται να φάει, γίνεται ενουρηπτικό, επιθετικό και ακοινωνήτο. Σε μία δεύτερη φάση εκδηλώνει την απελπισία του, η οποία μοιάζει ακόμα πιο επώδυνη και από τον οργανικό πόνο ή τις θεραπευτικές διαδικασίες. Αρνείται να παίξει και αδιαφορεί για τους επισκέπτες που προσπαθούν να τον διασκεδάσουν σύντομα όμως αυτή η παροδική φάση αντικαθίσταται με μια προοδευτική προσαρμογή στο νοσοκομειακό περιβάλλον που εκδηλώνεται με πιο άνετη επαφή με τα άλλα παιδιά, τους επισκέπτες και συχνά τους νοσηλευτές και τους γιατρούς. Τα μεγαλύτερα παιδιά, όταν νοσηλεύονται, ανησυχούν στην αρχή περισσότερο για την αρρώστια και τις θεραπευτικές διαδικασίες που θα υποστούν, παρά για το χωρισμό τους από το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον<sup>14</sup>.

### **5.2.3. ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΙΑΤΡΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης οι προσδοκίες των γιατρών και των νοσηλευτών μπορούν να γίνουν ακόμα μια πηγή ψυχικού στρες για το παιδί. Συνήθως όλοι απαιτούν από αυτό να είναι «ήσυχος» και να συμμετέχει παθητικά, υπακούοντας χωρίς διαμαρτυρία σε όλες τις ιατρικές εντολές και στις συχνά οδυνηρές θεραπείες. Έτσι το παιδί περιορίζει τη δραστηριότητά του και την εκδηλωτικότητα του, και όταν οδηγείται προς μια παθητικότητα και ολοκληρωτική εξάρτηση από τους ενήλικους, νιώθει άγχος, θυμό, ταπείνωση και υποβάθμιση των



ικανοτήτων του. Και αυτό συμβαίνει συχνά σε μία στιγμή που επιδιώκει να γίνει κύριος του εαυτού του και η προσπάθειά του για ανεξαρτητοποίηση βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη.

Μερικά παιδιά διαμαρτύρονται σε ένα παρόμοιο περιορισμό και αντιδρούν με επιθετικότητα απέναντι σε γιατρούς, νοσηλευτές ή στους γονείς τους. Άλλα, πάλι προτιμούν να υποκύβουν σε αυτό τον παθητικό ρόλο που τους επιβάλλεται και συχνά επανέρχονται σε εκδηλώσεις συμπεριφοράς νηπιακής ηλικίας, όπου πιπιλούν το δάκτυλο τους, απαιτούν να ταϊστούν ή γίνονται ενουρητικά. Συχνά ένα παιδί που δεν εκφράζει τα συναισθήματά του και δέχεται παθητικά την κατάστασή του, θεωρείται από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό σαν το «παιδί παράδειγμα», που δεν δημιουργεί κανένα πρόβλημα. Και όμως μια τέτοια παθητική στάση, όταν παρατηρείται για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική του εξέλιξη, που επιβραδύνονται και περιορίζονται σημαντικά<sup>14</sup>.

#### **5.2.4. ΦΑΝΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΣΥΝΔΕΔΕΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Μια άλλη σημαντική πηγή ψυχικού στρες για το παιδί δημιουργείται όταν οι ενήλικοι παραλείπουν να απαντήσουν στις ερωτήσεις του με ένα κατανοητό και ειλικρινή τρόπο και δεν το προετοιμάζουν ή ενημερώνουν για τις θεραπευτικές διαδικασίες που πρόκειται να υποστεί. Έτσι το παιδί δίνει με την φαντασία του εξηγήσεις για την κατάσταση και τις μεθόδους της θεραπείας του, που είναι συχνά πολύ πιο τρομακτικές από

την ίδια την πραγματικότητα: ένα παιδί, π.χ. δεν ήθελε να υποβληθεί με κανένα τρόπο σε ακτινογραφία θώρακος νομίζοντας ότι οι ακτίνες θα του έλιωναν τα κόκαλα. Ένα άλλο που του είχαν αποκρύψει τη διάγνωση της ινοκυστικής νόσου νόμιζε ότι θα πέθαινε από καρκίνο σαν ένα ξαδελφάκι του. Ένα τρίτο που έπασχε από νεφρική ανεπάρκεια και που του είχαν εξηγήσει μερικώς τη θεραπεία αιμοκάθαρσης, είχε φανταστεί ότι θα του έβγαζαν όλο το αίμα από το σώμα του για να το αντικαταστήσουν με καινούργιο.

Όταν το βαριά άρρωστο παιδί δεν εκδηλώνει φόβο, ερωτηματικά ή ανησυχίες, δεν σημαίνει αυτομάτως ότι δεν τα έχει. Μερικές φορές βλέπουμε πολύ καθαρά μέσα από το παιχνίδι και την ζωγραφική των παιδιών τις συγκρούσεις του εσωτερικού τους κόσμου. Υπάρχουν πολλοί που υποστηρίζουν ότι ακόμα και όταν ένα παιδί πλησιάζει στο θάνατο έχει κάποια συνειδητή ή υποσυνείδητη αντίληψη της κρίσιμης κατάστασής του, την οποία εκδηλώνει έμμεσα ή άμεσα με ένα πλήθος από συνοδευόμενα συναισθήματα (Raimbault 1981)<sup>14</sup>.

#### **5.2.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑ**

Όσο και αν φαίνεται παράξενο σε πολλά παιδιά η μεγαλύτερη πηγή ψυχικού stress είναι η οικογενειακή ατμόσφαιρα που δημιουργείται γύρω από την αρρώστια τους. Η στάση και τα συναισθήματα που εκδηλώνουν οι γονείς απέναντι στο άρρωστο παιδί επηρεάζουν ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το παιδί θα αντιμετωπίσει την αρρώστια του και θα συνεργαστεί στη θεραπεία της.

Συχνά οι γονείς, μπροστά σε μια κρίσιμη κατάσταση γίνονται άλλοτε υπερπροστατευτικοί, άλλοτε ανεκτικοί, υπερβολικά εκδηλωτικοί στην αγάπη τους, και άλλοτε απορριπτικοί και αρνητικοί προς το παιδί, έχοντας φθάσει σε ένα σημείο μεγάλης απόγνωσης και αποθάρρυνσης. Τέτοιες έντονες μεταβολές συμπεριφοράς στη σχέση τους με το παιδί προκαλούν σε αυτό μια σύγχυση και ένα άγχος, σε στιγμές μάλιστα που χρειάζεται περισσότερο από ποτέ τη σταθερότητα και σιγουριά των συναισθημάτων των γονιών του.

Μπροστά σε αυτές και άλλες ειδικότερες για κάθε οικογένεια καταστάσεις, που προκαλούν ψυχικό stress, το χρόνια άρρωστο παιδί βιώνει τις εμπειρίες του που εκδηλώνει με συναισθήματα φόβου, θυμού, θλίψης, άρνησης και διαμαρτυρίας. Όλες αυτές οι αντιδράσεις είναι φυσιολογικές και αποτελούν απαραίτητους ψυχικούς μηχανισμούς για να προσαρμοστεί προοδευτικά σε μια δύσκολη πραγματικότητα. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που θα παίξουν καθοριστικό ρόλο σε αυτή την διαδικασία προσαρμογής είναι: α) Η ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων, σκέψεων και ανησυχιών του παιδιού και β) η ανοικτή επικοινωνία του με το περιβάλλον<sup>14</sup>.

### **5.3. Ο ΓΟΝΙΟΣ ΚΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΤΟΥ**

Όπως κάθε παιδί, έτσι και κάθε γονιός έχει τη δική του προσωπική αντιμετώπιση μπρος στην σοβαρή χρόνια αρρώστια του παιδιού του. Συχνά βλέπουμε μια σειρά από ορισμένα κοινά συναισθήματα και αντιδράσεις που οι περισσότεροι γονείς εκδηλώνουν μπροστά σε μία κρίσιμη κατάσταση που προσπαθούν να αφομοιώσουν και σε αυτή να προσαρμοστούν. Όλα αυτά τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις αποτελούν ένα μέρος μιας απαραίτητης και φυσιολογικής προσαρμοστικής διεργασίας που βοηθά το γονιό να δεχτεί προοδευτικά την πραγματικότητα, να καταλάβει τη σοβαρότητα της αρρώστιας και να συνεργαστεί για την θεραπεία της (Friedman 1967, Pearse 1977).

Οι συννηδέστερες γονεϊκές αντιδράσεις που παρουσιάζονται στα πρώτα στάδια μετά την διάγνωση είναι:

1. Shock μπρος στη διάγνωση.
2. Δυσπιστία και άρνηση να παραδεχθεί τη σοβαρότητα της αρρώστιας.
3. Θυμός.
4. Συναισθήματα ενοχής.
5. Αγχος.
6. Υπερπροστατευτικότητα και υπερβολική ανεκτικότητα απέναντι στο παιδί.

1. Το Shock είναι η πρωταρχική αντίδραση των γονιών που βρίσκονται αντιμέτωποι με τη διάγνωση μιας χρόνιας αρρώστιας του παιδιού τους. Κάτω από τέτοιες συναισθηματικές φορτίσεις δεν

αφομοιώνουν την οποιαδήποτε λεπτομερειακή ιατρική πληροφόρηση. Γι' αυτό και ο γιατρός θα χρειαστεί να ερωτηθεί συχνά και να επαναλάβει πολλές φορές τη διάγνωση, πρόγνωση και τις θεραπευτικές διαδικασίες, αν θέλει να αποκτήσει ασφαλείς γέφυρες επικοινωνίας με το στενό περιβάλλον του παιδιού.

2. Συχνά το Shock συνοδεύεται από μία δυσπιστία και άρνηση να δεχτούν την πραγματικότητα. Μερικοί γονείς γάχνουν μια διάγνωση της πρόγνωσης πηγαίνοντας από τον ένα γιατρό στον άλλο. Άλλοι πάλι αρνούνται να πιστέψουν αυτήν την ψυχικά επώδυνη πραγματικότητα και γίνονται επιθετικοί προς το γιατρό που έκανε την διάγνωση και προς όλο το νοσηλευτικό προσωπικό, εκδηλώνοντας ανοιχτά μια έλλειψη εμπιστοσύνης.

Η έλλειψη αυτή εμπιστοσύνης συχνά παίρνει στη χώρα μας τη μορφή φυγής προς ιατρικά κέντρα του εξωτερικού, μερικές φορές αμφίβολης επιστημονικότητας και πείρας.

Η άρνηση είναι όμως ένας προστατευτικός μηχανισμός άμυνας κατά τον οποίο το άτομο δημιουργεί στη φαντασία του μία «πραγματικότητα» απαραίτητα για να ελαττώσει την ένταση του ψυχικού stress που προκαλεί η αλήθεια. Έτσι στις πιο ακραίες και σοβαρές μορφές άρνησης συναντούμε γονείς που αποκρούουν οποιαδήποτε θεραπεία, διότι δεν θέλουν να παραδεχθούν ότι έχουν ένα σοβαρά άρρωστο παιδί. Άλλες πάλι φορές παραβλέπουν και αποσιωπούν συμπτώματα όταν το παιδί τους χειροτερεύει ή «ξεχνούν» να δώσουν το φάρμακο, ή παραποιούν τις οδηγίες του γιατρού επειδή δεν «άκουσαν σωστά».

Αρνούνται να μάθουν απλούς χειρισμούς στη διαδικασία της θεραπείας ή να καταγράφουν συμπτώματα στην εξέλιξη της αρρώστιας.

Σε άλλους πάλι γονείς παρατηρούμε μια μερική άρνηση της πραγματικότητας, η οποία καλύπτεται από μια υπεραισιοδοξία και ελπίδα ότι η αρρώστια θα ξεπεραστεί, ακόμα και όταν η πρόγνωση είναι βαριά.

3. Όπως ήδη αναφέρθηκε, όταν οι γονείς δυσκολεύονται να αποδεχθούν, την πραγματικότητα, εκδηλώνουν συχνά επιθετικότητα. «Γιατί σε εμάς αυτό το κακό;» είναι μία πολύ συχνή αναπάντητη ερώτηση που εκφράζει ένα παράπονο και κυρίως θυμό. Ο θυμός του κατευθύνεται άλλοτε προς το Θεό, άλλοτε προς το νοσηλευτικό προσωπικό, άλλοτε προς τον ίδιο τον εαυτό τους. Και μερικές φορές ακόμα και προς το ίδιο τους το παιδί, που ζαφνικά αρρώστησε.

4. Είναι συχνή η τάση πολλών γονιών να ενοχοποιούν τον εαυτό τους και να τον καθιστούν υπεύθυνο για την αρρώστια του παιδιού τους. Εκφράζουν συνειδητά ή υποσυνείδητα αισθήματα ενοχής, γιατί πιστεύουν ότι απέτυχαν στο ρόλο τους ως «υπεύθυνοι γονείς» και δεν προστάτευσαν αρκετά το παιδί τους, ή γιατί καθυστέρησαν να απευθυνθούν στο γιατρό ή ακόμα γιατί θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για κληρονομική μετάδοση της αρρώστιας.

5. Έτσι λοιπόν στους πρώτους μήνες από τη διάγνωση μιας χρόνιας αρρώστιας, οι γονείς ζουν σε μία ατμόσφαιρα άγχους και στρες, που προκαλείται κυρίως από την αβεβαιότητα του μέλλοντος και από αλληπάλληλες συνεχείς μεταβολές στον τρόπο ζωής που η παρούσα κατάσταση επιβάλλει σε όλη την οικογένεια. Περίοδοι κατάθλιψης

εναλλασσόμενες με περιόδους υπερενεργητικότητας και αισιοδοξίας είναι πολύ συχνές στη φάση αυτή.

6. Στην προσπάθειά τους να προσαρμοστούν στην κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας του παιδιού τους και για να ξεπεράσουν και να υπερνικήσουν συναισθήματα φόβου, δυσπιστίας, αβεβαιότητας, θυμού και ενοχής, οι γονείς συχνά αντιδρούν υπερπροστατεύοντας το άρρωστο παιδί, ενώ συγχρόνως γίνονται πολύ ανεκτικοί σε δέματα πειδαρχίας.

Έτσι όταν υπερπροστατεύουν, επιβάλλουν ορισμένους, συχνά άσκοπους, περιορισμούς στην κινητικότητα, κοινωνικότητα και υπευθυνότητα του παιδιού. Με αυτή τους τη στάση δίνουν το μήνυμα ότι δεν το θεωρούν ικανό να αντιμετωπίσει την ζωή και την κατάστασή του. Αυτό δημιουργεί ένα αίσθημα μειονεκτικότητας στο παιδί που αντί να συνεργαστεί για την θεραπεία της αρρώστιας του, αρχίζει να λυπάται τον ίδιο του τον εαυτό.

Από την άλλη πλευρά, όταν γίνονται πολύ ανεκτικοί στην πειδαρχία επιτρέποντας κάθε κακή συμπεριφορά ή εκπληρώνοντας κάθε επιθυμία του παιδιού, δημιουργούν σε αυτό μια εσωτερική σύγχυση και έτσι δεν ξέρει τι θα πρέπει να περιμένει από τους άλλους και τι να περιμένουν οι άλλοι από αυτό. Συγχρόνως του γεννιούνται ανησυχίες και φόβοι ότι κάτι πολύ σοβαρό και ασυνήθιστα τραγικό συμβαίνει.

Η υπερβολική προστασία και ανεκτικότητα χρησιμοποιούνται συχνά από τους γονείς για να ξεπεράσουν και να ελέγξουν οι ίδιοι το δικό τους ψυχικό στρες. Ταυτόχρονα όμως τέτοιες αντιδράσεις καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της υπευθυνότητας, πρωτοβουλίας, αυτοελέγχου

και κοινωνικών σχέσεων του παιδιού που βρίσκονται σε συνεχή ανάπτυξη.

Σπανιότερες είναι οι περιπτώσεις που αποδαρρυμένοι γονείς στην προσπάθειά τους να ελέγχουν το ψυχικό τους στρες, αντιδρούν απορρίπτοντας ολοκληρωτικά το παιδί τους καθώς και την οδυνηρή κατάσταση που νοιώθουν ότι δεν έχουν τη δύναμη να αντιμετωπίσουν<sup>14</sup>.



#### **5.4. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Πως μπορεί να βοηθήσει ο νοσηλευτής την οικογένεια σε τέτοιες κρίσιμες στιγμές; Ο ρόλος του είναι σημαντικός στην προσπάθεια προσαρμογής του παιδιού και των γονιών του σε μια κατάσταση με προβληματικό παρόν και αβέβαιο μέλλον. Και αυτό γιατί συχνά όλοι στρέφονται προς αυτόν, όχι μόνο για θεραπεία αλλά και για συμπαράσταση, ενδάρρυνση, συμβουλή και καθοδήγηση (Green 1976). Προορισμός του λοιπόν είναι να κερδίσει την εμπιστοσύνη και συνεργασία της οικογένειας σε ένα αγώνα δύσκολο, αβέβαιο και συχνά μακροχρόνιο. Μερικοί από τους βασικότερους αντικειμενικούς σκοπούς που πρέπει να επιδιώκει ο νοσηλευτής αν θέλει να κερδίσει αυτή τη συνεργασία είναι:

1. Να ενθαρρύνει μια ανοικτή επικοινωνία με το παιδί, τους γονείς και μεταξύ όλων των μελών της οικογένειας.
2. Να κρατά συνεχώς μια υποστηρικτική και αισιόδοξη στάση.
3. Να προσφέρει το χρόνο του και τις φροντίδες του σε συνεχή βάση.
4. Να προετοιμάζει παιδί και γονείς σχετικά με τις ενδεχόμενες φάσεις ή διαδικασίες της θεραπείας του.
5. Να προτρέπει το παιδί να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία της αρρώστιας του.

1. Από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην εξέλιξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης με το να

είναι ειλικρινής, ενθαρρυντικός, συζητήσιμος και κατανοητός στις απαντήσεις και οδηγίες που δίνει στο παιδί και τους γονείς του.

Συχνά οι γονείς εκφράζουν τις απορίες τους και σπανιότερα δίνεται η ευκαιρία στο παιδί να εκδηλώσει τα ερωτήματά του παρ' όλο που η αρρώστια αφορά κατ' εξοχήν αυτό. Όταν όμως ο νοσηλευτής προτρέπει το παιδί να εκφράσει τις απορίες του και του δίνει ειλικρινείς και σαφείς απαντήσεις, διαλύει κατά μεγάλο ποσοστό τους φόβους του και τις ανησυχίες του, που συχνά μένουν ανέκφραστες. Αντίθετα, όταν του κρύβει την αλήθεια απαντώντας με γενικότητες και ασάφειες («Μην σε νοιάζει, θα γίνεις γρήγορα καλά» ή «Δεν έχεις τίποτα το σοβαρό»), τότε παίρνει μια θέση που χαρακτηρίζεται από επιφανειακότητα και έλλειψη σεβασμού προς το παιδί, που έτσι δυσκολότερα θα συνεργαστεί ενεργά και πρόθυμα μαζί του για τη θεραπεία του (Issner 1973). Δεν πρέπει να πιστεύει κανείς ότι όλα τα παιδιά θέλουν να ξέρουν όλη την αλήθεια και λεπτομέρειες για την αρρώστια τους. Κάθε παιδί ρωτά και εκφράζει διαφορετικές απορίες ή ανησυχίες, αναζητώντας και διαφορετικές διαβεβαιώσεις και καθησυχασίες. Εκείνο που είναι πολύ σημαντικό, είναι να μην κλειστεί το παιδί σε μία «συναισθηματική απομόνωση» επειδή γονείς και γιατρός αρνούνται να του δώσουν την ευκαιρία να μιλήσει, όταν το ζητά, για την αρρώστια του. Στην προσπάθεια να αποφευχθεί μία τέτοια «συναισθηματική απομόνωση» και έλλειψη επικοινωνίας ο νοσηλευτής μπορεί να παίζει ουσιαστικό ρόλο επηρεάζοντας με τον τρόπο που αντιμετωπίζει το παιδί και τους γονείς. Γίνεται με άλλα λόγια ένας «εκπαιδευτής» και ένα «πρότυπο» για τους γονείς που νιώθουν χαμένοι και απελπισμένοι. Εάν λοιπόν διατηρεί μια

ηρεμία και επιδιώκει μια ανοικτή επικοινωνία για να λυθούν όλες οι απορίες και να εκφραστούν τα συναισθήματα και συγχρόνως αντιμετωπίζει το παιδί με ειλικρίνεια, σεβασμό και ενδάρρυνση, τότε οι γονείς συχνά θα τον μιμηθούν, υιοθετώντας προοδευτικά μια παρόμοια στάση απέναντι στο άρρωστο παιδί τους.

Η βοήθεια του νοσηλευτή είναι αποτελεσματικότερη όταν ασχολείται με όλα τα μέλη της οικογένειας που ζουν στο ίδιο σπίτι και συζητά ανοικτά, ενημερώνοντας ακόμα και τα αδέρφια του άρρωστου παιδιού, αν η ηλικία τους το επιτρέπει. Μελέτες έχουν δείξει ότι όταν τα αδέρφια αντιμετωπίζονται σαν ενήλικοι και τους δίνεται η ευκαιρία να καταλάβουν τη μορφή της αρρώστιας, καθώς και τους λόγους για την ιδιαίτερη προσοχή που αναγκαστικά δίνεται στο άρρωστο παιδί, προδυμοποιούνται πολύ συχνά να προσφέρουν βοήθεια στις κρίσιμες και δύσκολες στιγμές που περνά η οικογένεια (Taylor 1980).

Είναι σημαντικό να ξέρει κάθε νοσηλευτής ότι ο τρόπος επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας είναι ο σπουδαιότερος παράγοντας που προκαθορίζει το πόσο αποτελεσματικά θα προσαρμοστεί η οικογένεια στο ψυχικό στρες και το πόσο πρόθυμα θα συνεργαστεί με τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι λοιπόν, μια ανοικτή επικοινωνία και ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων βοηθά στη δημιουργία σχέσεων αλληλοβοήθειας, συμπράστασης και κατανόησης μεταξύ των μελών μιας οικογένειας. Αντίθετα, η αποσιώπηση και έλλειψη επικοινωνίας δημιουργούν σχέσεις βασισμένες σε φόβο, λύπηση και εξάρτηση ή σε συναισθήματα έντασης και επιθετικότητας που οδηγούν σε απομάκρυνση.

2. Ο ρόλος του νοσηλευτή γίνεται σημαντικό όταν κρατά μια σαφή υποστηρικτική στάση, μια στάση που θα δίνει την ευκαιρία σε κάθε μέλος της οικογένειας να εκφραστεί ελεύθερα, μια στάση μακριά από «κπρύγματα» και προσπάθειες να βρεθούν λύσεις και να διατυπωθούν πάση θυσία συμβουλές. Ο νοσηλευτής δείχνει κατανόηση όταν είναι πρόθυμος να ακούσει τους γονείς και το παιδί μέσα στις ανησυχίες και τους προβληματισμούς του, και όταν τους καθησυχάζει τονίζοντας ότι οι αντιδράσεις τους είναι τελείως φυσιολογικές και κατά βάση όμοιες με τις αντιδράσεις κάθε οικογένειας που αντιμετωπίζει ξαφνικά μια σοβαρή και επικίνδυνη πραγματικότητα.

Μια υποστηρικτική στάση προϋποθέτει αισιοδοξία χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι ο νοσηλευτής θα διατυπώνει αβάσιμες διαβεβαιώσεις και σφαλερές υποσχέσεις για το μέλλον του παιδιού. Στη διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία μιας σοβαρής αρρώστιας πρέπει να γνωστοποιεί την κρισιμότητα στους γονείς και συγχρόνως να τονίζει τα θετικά σημεία όπως: π.χ. το γεγονός ότι το παιδί αντιδρά ικανοποιητικά στο θεραπευτικό σχήμα, ενώ παράλληλα γίνεται κάθε προσπάθεια να θεραπευτεί και να μην υποφέρει οργανικά. Μόνο με ελπίδα και ενθάρρυνση αλλά και σαφήνεια μπορούμε να περιμένουμε ότι γονείς και παιδί θα γίνουν συνεργάσιμοι και θα αντιμετωπίσουν με δύναμη και αισιοδοξία τη δύσκολη κατάσταση.

Μερικοί από τους βασικότερους κανόνες που πρέπει να εφαρμόζει ο νοσηλευτής όταν πληροφορεί μια οικογένεια για τη διάγνωση μιας χρόνιας αρρώστιας είναι:

α) Να δίνει πληροφορίες και εξηγήσεις με απλούς και κατανοητούς όρους, πάντα προσαρμοσμένους στην ηλικία και το διανοητικό επίπεδο των γονιών ή παιδιών.

β) Να μην ανακοινώνει όλες τις πληροφορίες σε μια πρώτη συζήτηση. Η ενημέρωση να γίνεται σταδιακά.

γ) Να ενθαρρύνει τους γονείς και το παιδί στο να εκφράσουν απορίες, ερωτήσεις ή τις οποιεσδήποτε ανησυχίες τους.

δ) Να μην προσπαθεί να «πείσει» τους γονείς ή το παιδί να δεχτούν τη διάγνωση, όταν μάλιστα βρίσκονται κάτω από πανικό και αρνούνται την πραγματικότητα.

ε) Να υποβάλλει ερωτήσεις στους γονείς και το παιδί για να δει τι κατάλαβαν από την πληροφόρηση.

στ) Να μην είναι απόλυτος και να διατηρεί πάντα το φως της ελπίδας αναμμένο.

ζ) Να μην διατυπώνει κάτι που δεν είναι αληθινό και δεν το πιστεύει.

3. Πολύ βοηθητικό επίσης γίνεται ο ρόλος του νοσηλευτή όταν είναι εύκολα προσιτός και παρέχει σε συνεχή βάση φροντίδα και οδηγίες στο παιδί. Με αυτό τον τρόπο συμβάλει σημαντικά στην εξέλιξη διαπροσωπικών σχέσεων με όλη την οικογένεια, δημιουργώντας έτσι μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, ανακούφισης και σιγουριάς.

4. Στην προσπάθεια να κερδίσει την συνεργασία του παιδιού, ο νοσηλευτής πρέπει να το προετοιμάζει σχετικά με τις θεραπευτικές διαδικασίες και τα αναμενόμενα αποτελέσματα ή τις πιθανές

παρενέργειες. Τα παιδιά σχολικής ηλικίας συχνά επιμένουν να ξέρουν ακριβώς τη σειρά των γεγονότων στα οποία θα υποβληθούν, εάν πονέσουν, πόσο θα διαρκέσει η διαδικασία κλπ. Με απλά λόγια προσαρμοσμένα στην ηλικία και στο διανοητικό επίπεδο του παιδιού, η πληροφόρηση πρέπει να είναι ξεκάθαρη, καλύπτοντας όλες τις απορίες και ανοικτή προς συζήτηση και έκφραση συναισθημάτων. Μερικές εξηγήσεις μπορούν να δοθούν προφορικά και κατά το δυνατόν μέσα από το παιχνίδι, εξηγώντας πάνω σε κούκλες τι ακριβώς πρόκειται να συμβεί στο ίδιο το παιδί.

Μερικοί νοσηλευτές χρησιμοποιούν μια υπερπροστατευτική στάση επειδή πιστεύουν ότι το παιδί δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει την πραγματική μορφή και εξέλιξη της αρρώστιας και θεραπείας του, την οποία έτσι του επιβάλλουν χωρίς να το προετοιμάζουν. Δεν είναι παράξενο λοιπόν που συχνά βρίσκονται αντιμέτωποι με θυμωμένα και συχνά φοβισμένα ή εχθρικά παιδιά που έχουν χάσει την εμπιστοσύνη τους στους ενήλικες και αρνούνται να συνεργαστούν για να αποκτήσουν και πάλι την υγεία τους.

5. Όταν ο νοσηλευτής ενθαρρύνει το παιδί για να πάρει ενεργό μέρος στη θεραπεία αντί να την υπομένει παθητικά και υποτακτικά, το βοηθά να προσαρμοστεί στην αρρώστια του και κερδίζει τη συνεργασία του. Νοσηλευτής και παιδί μπορούν να γίνουν «συνάδελφοι» έχοντας ο καθένας να προσφέρει κάτι σημαντικό στον κοινό τους στόχο, που είναι η αντιμετώπιση της αρρώστιας.

Ανάλογα με την ηλικία υπάρχουν και υπευθυνότητες που μπορεί να αναλάβει κάθε άρρωστο παιδί και που το βοηθούν να αναπτύξει τις ικανότητες του για την φροντίδα του εαυτού του. Το μεγαλύτερο παιδί μπορεί να μάθει να παίρνει μοναχό του τα φάρμακα ή το σφυγμό του, να φροντίζει και να παρακολουθεί τη δίαιτά του, να σημειώνει τη θερμοκρασία του, να ξέρει πως θα αντιδράσει σε μια κρίσιμη στιγμή ή να καταλαβαίνει απλούς μηχανισμούς όταν η θεραπεία επιβάλλει τη χρησιμοποίηση ιατρικών, θεραπευτικών μηχανημάτων (ακτινοβολία, αιμοκάθαρση, μεταγγίσεις κλπ).

Όταν παίρνει ενεργό μέρος στη θεραπεία του με «ευθύνες» και «αποφάσεις», τότε γίνεται πιο συνεργάσιμο και προσαρμόζεται και αποδέχεται πολύ πιο γρήγορα μια κατάσταση που νοιώθει ότι μερικώς τουλάχιστον ελέγχει.

Χωρίς αμφιβολία ο δυσκολότερος ρόλος στη δουλειά του νοσηλευτή είναι η τέχνη της επικοινωνίας και της ανθρώπινης επαφής με τα άρρωστα παιδιά και τις οικογένειές τους. Από τη μια πλευρά πρέπει να έρθει κοντά στην οικογένεια παρέχοντας κατανόηση, συμπαράσταση και ενθάρρυνση. Από την άλλη όμως πλευρά είναι απαραίτητο να κρατά μια συναισθηματική απόσταση, έτσι ώστε να παίρνει αντικειμενικές και γύχραιμες αποφάσεις στην εξέλιξη της θεραπείας.

Είναι λοιπόν να υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ ψυχολογικής επαφής και αντικειμενικής κρίσης στην στάση του νοσηλευτή απέναντι στο παιδί και την οικογένειά του. Αυτή η ισορροπία στηρίζεται: α) στην πηγαία δέληση του νοσηλευτή ότι μονάχα να θεραπεύσει αλλά και να

υποστηρίζει το χρόνια άρρωστο παιδί και την οικογένειά του β) Στην ευαισθητοποίηση και κατανόηση των αντιδράσεων της οικογένειας μπρος σε ένα έντονο ψυχολογικό στρες γ) στην πείρα που αποκτά ο νοσηλευτής κάθε φορά που έρχεται σε επαφή με ένα χρόνια άρρωστο παιδί.

Σε τελική ανάλυση το ίδιο το παιδί με την χρόνια αρρώστια φέρνει το νοσηλευτή αντιμέτωπο με τα προσωπικά του συναισθήματα, τους φόβους του, τις αντιλήψεις, προκαταλήψεις και πεποιθήσεις του για τη ζωή και το θάνατο. Και μόνο όταν παραμένει σε τέτοιες στιγμές ανοικτός και ειλικρινής με τον εαυτό του, τότε μπορεί να επωφεληθεί από την επαφή του με το άρρωστο παιδί για να βοηθήσει αποτελεσματικότερα αυτό και την οικογένειά του<sup>14,15</sup>.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### 6.1. ΤΟ ΑΡΡΩΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Ο ΘΑΝΑΤΟΣ

Ένα παιδί που πεθαίνει, δεν παύει μέχρι την τελευταία στιγμή να είναι ένα «ζωντανό παιδί» που βιώνει έντονα συναισθήματα, που έχει έννοιες, φόβους και ανάγκες καθώς αντιμετωπίζει τον επικείμενο «χωρισμό» από τη ζωή και τα αγαπημένα του πρόσωπα.

Πολλοί ενήλικες πιστεύουν ότι τα παιδιά που πάσχουν από κάποια σοβαρή αρρώστια, δεν συνειδητοποιούν ότι απειλείται η ζωή τους. Προσπαθούν λοιπόν, με κάθε τρόπο να τα προστατεύσουν από την πραγματικότητα, που νομίζουν ότι αυξάνει το άγχος τους.

Όμως σήμερα, ένας σημαντικός αριθμός επιστημόνων υποστηρίζει ότι τα παιδιά είναι σε θέση να εκτιμήσουν τη σοβαρότητα της κατάστασής τους ακόμα και αν δεν τη συζητούν ανοικτά με το περιβάλλον τους (Waechter 1971, Spinatta 1974, Raimbault 1975, Bluebond, Langner 1978).

Όταν μάλιστα πλησιάζουν προς το θάνατο, συνειδητοποιούν ότι πεθαίνουν και τις περισσότερες φορές εκφράζουν αυτή τους τη γνώση με έμμεσο ή και με συμβολικό τρόπο (Kyller - Ross 1983, Παπαδάτου Δανάη 1986).

Μερικοί ερευνητές ισχυρίζονται ότι δεν είναι τόσο η ηλικία και οι γνωστικές ικανότητες του παιδιού που το οδηγούν σε αυτή τη συνειδητοποίηση, όσο οι εμπειρίες που βιώνει στη διάρκεια της μακρόχρονης θεραπείας του. Όπως παρατηρεί η Blueband - Laungner

(1978) στην έρευνα της με παιδιά που είχαν λευχαιμία, για να φθάσει ένα παιδί στη γνώση ότι η αρρώστια του το οδηγεί στο θάνατο πρέπει πρώτα από όλα να έχει ζήσει μια σειρά από σημαντικά γεγονότα ή εμπειρίες, όπως είναι π.χ. η διάγνωση, η κατανόηση της θεραπείας, η πληροφόρηση για τις επιπλοκές της αρρώστιας, η μη αποτελεσματικότητα των φαρμάκων και η γνώση ότι τα παιδιά με την ίδια αρρώστια πεθαίνουν. Μέσα από αυτές τις εμπειρίες το παιδί συνδέτει και οργανώνει νέες πληροφορίες και δίνει ανάλογες ερμηνείες σχετικά με την κατάσταση του. Φθάνει έτσι προοδευτικά να συνειδητοποιεί ότι π.χ. τα φάρμακα που στην αρχή θεωρούσε αποτελεσματικά, έχουν περιορισμένες ικανότητες να το γιατρέψουν και όταν βιώνει μια σειρά από αλληπάλληλες υποτροπές αντιλαμβάνεται ότι δεν έχουν πια την παραμικρή θεραπευτική αξία. Σαν αποτέλεσμα της νέας αυτής ερμηνείας, η συμπεριφορά του απέναντι στη θεραπεία μπορεί να αλλάξει και η συνεργασία του με το ιατρονοσπλευτικό προσωπικό να επηρεαστεί. Μέσα από μια παράλληλη συνειδητοποίηση το παιδί αρχίζει να καταλαβαίνει ότι όχι μόνο δεν θα γίνει καλά, όχι μόνο δεν θα είναι για πάντα άρρωστο, αλλά ότι πλησιάζει προς το θάνατο.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι υπάρχουν και ορισμένες διαισθητικές ή υποσυνείδητες ψυχικές διεργασίες, μέσα από τις οποίες το παιδί αντιλαμβάνεται πολύ περισσότερα από όσα νομίζουμε.

Τις περισσότερες φορές τα παιδιά χρησιμοποιούν μια «συμβολική γλώσσα» για να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους και είναι μέσα από τη συμπεριφορά, το παιχνίδι, τη ζωγραφική και τα ονειρά τους που μας δίνουν κάποιο μήνυμα για τον εσωτερικό τους κόσμο.

Μερικές φορές, έντονες ανησυχίες σχετικά με την πορεία της αρρώστιας και την πιθανότητα θανάτου απασχολούν το παιδί από την αρχική κιόλας περίοδο που μπαίνει η διάγνωση. Ένα παράδειγμα είναι η ιστορία που φτιάχνει και ζωγραφίζει η 7χρονη Μαρία, ένα μήνα μετά τη διάγνωση λευχαιμίας, με βαριά πρόγνωση. Σε αυτή την ιστορία, στην οποία δίνει τον τίτλο «Η ζωή της Αμυγδαλιάς» μιλά έμμεσα για τη δική της ζωή.

Το παραμύδι αρχίζει με τη γέννηση της αμυγδαλιάς από ένα σπόρο που μεγαλώνει γίνεται δέντρο, ανθίζει, βγάζει καρπούς, μαραίνεται και όπως διηγείται η Μαρία η αμυγδαλιά πεθαίνει και ο ήλιος που ήταν κοντά της την αποχαιρετά.

Τα περισσότερα παιδιά αποφεύγουν να μιλήσουν ανοιχτά και άμεσα για τη σοβαρότητα ή την πρόγνωση της αρρώστιας τους, γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις οι ενήλικες γύρω τους δείχνουν με τη συμπεριφορά τους ότι είναι απρόθυμοι ή φοβισμένοι να συζητήσουν ένα τέτοιο θέμα. Έτσι, λοιπόν, ενθαρρύνεται μια σχέση και επικοινωνία «αμοιβαίας προσποίησης» (Glasar and Strauss 1965).

Με λίγα λόγια, παιδί και περιβάλλον συμφωνούν σιωπηλά ότι κάθε «καυτή» ή «επικίνδυνη» συζήτηση θα αποφεύγεται, ενώ παράλληλα καλλιεργείται η αυταπάτη ότι αν και άρρωστο θα γίνει γρήγορα καλά. Το παιδί τηρεί και σέβεται αυτούς τους «κανόνες σιωπής» που επιβάλλει το κλίμα της αμοιβαίας προσποίησης, άλλοτε γιατί θέλει να προστατεύσει τους ενήλικες που πικραίνονται ή «τραυματίζονται» όταν συνειδητοποιούν ότι αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα της κατάστασης του

και άλλοτε γιατί φοβάται ότι θα το εγκαταλείψουν ή θα απομακρυνθούν αν εκφράσει το άγχος και τους φόβους του. Βέβαια μια σχέση και επικοινωνία σαν και αυτή, οδηγεί συχνά σε μια συναισθηματική απομόνωση αυξάνοντας το άγχος και τη μοναξιά που νιώθει κανένας σε αυτές τις δύσκολες στιγμές.

Το παιδί που πεθαίνει χρειάζεται ιδιαίτερη συμπαράσταση και υποστήριξη σε μια περίοδο που συχνά βιώνει «μικρούς θανάτους» καθώς από τη μια μέρα στην άλλη χάνει τις δυνάμεις του, αντιμετωπίζει νέες αναπηρίες, περιορίζεται στις δραστηριότητές του και στις κοινωνικές του επαφές. Πολλές φορές μάλιστα το περιβάλλον που επηρεάζεται και δρηνεί για τον επικείμενο θάνατο, αποφεύγει ή ελαττώνει τις επισκέψεις στο θαλαμό του. Για πολλά παιδιά αυτές οι καθημερινές απώλειες είναι συχνά τραυματικότερες από τον ίδιο τον θάνατο.

Σχετικά με το άγχος του θανάτου, το παιδί, ανάλογα με την προσωπικότητά του και την ηλικία του, κινητοποιεί αμυντικούς μηχανισμούς, που το βοηθούν να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την κατάσταση του. Μερικοί από τους συνηθέστερους αυτούς προστατευτικούς μηχανισμούς είναι:

α) Η ολική ή μερική άρνηση της πραγματικότητας που αφήνει χώρο για ελπίδα.

β) Η διανοητικοποίηση, μέσα από την οποία απομακρύνει τα αισθήματα από τις σκέψεις, του δίνει λογικές ή θεωρητικές εξηγήσεις και γίνεται «θεατής» της κατάστασης του χωρίς να συμμετέχει συναισθηματικά.

γ) Η παλινδρόμηση, που επαναφέρει το παιδί σε προηγούμενα στάδια της ζωής του, που χαρακτηρίζονται από εξάρτηση και εγωκεντρισμό και όπου ο κόσμος ήταν περισσότερο ασφαλής και λιγότερο αγχώδης.

δ) Η μετάθεση έντονων συναισθημάτων και προβληματισμών προς άλλες καταστάσεις ή άτομα, έτσι ώστε η κύρια πηγή που δημιουργεί το άγχος να παρακάμπτεται.

ε) Η προβολή μέσα από την οποία το παιδί προβάλλει, αποδίδοντας στους άλλους δικά τους συναισθήματα, σκέψεις και ιδιότητες που είναι επώδυνα για το εγώ του.

Και ενώ κάθε παιδί έχει το δικό του μοναδικό τρόπο να νιώθει και να αντιμετωπίζει την τελική φάση της ζωής του, εκείνο που χαρακτηρίζει όλα ανεξαιρέτως τα παιδιά είναι ότι εξακολουθούν να έχουν μερικές από τις ίδιες βασικές ανάγκες που κάποτε συνέβαλαν στην συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική τους εξέλιξη.

α) Την ανάγκη για αγάπη και στοργή από ένα περιβάλλον που δεν έχει εγκαταλείψει ή απομονώσει το παιδί και που δεν το έχει «ξεγράψει» επειδή η κατάστασή του προκαλεί βαθύ ψυχικό πόνο.

β) Την ανάγκη για ασφάλεια και για αίσθηση ότι ανήκει σε ένα περιβάλλον που σε αυτή την τελική φάση περιλαμβάνει συνήδως λίγα αλλά σημαντικά πρόσωπα.

Είναι συχνό και φυσιολογικό καθώς το παιδί πλησιάζει προς το θάνατο, να αποσύρεται και να αποδεσμεύεται συναισθηματικά από αγαπημένα του άτομα μειώνοντας έτσι τον ψυχικό πόνο που συνοδεύει τον επικείμενο αποχωρισμό. Παράλληλα, όμως έχει αγωνία μήπως

εγκαταληφθεί από το περιβάλλον του και επιλέγει ένα ή λίγα άτομα, με τα οποία διατηρεί μια στενή σχέση. Συνήθως αυτά τα άτομα είναι εκείνα, κοντά στα οποία νιώθει σιγουριά και ηρεμία, δίνοντας του το μήνυμα «θα είμαι εδώ μαζί σου μέχρι το τέλος». Για μερικά παιδιά την ασφάλεια αντιπροσωπεύει ο χώρος του νοσοκομείου και η παρουσία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ενώ για άλλα την ασφάλεια αυτή εκπροσωπεί ο χώρος του σπιτιού, τον οποίο και αποζητούν επίμονα.

γ) Την ανάγκη για σεβασμό που νιώθει το παιδί όταν του προσφέρονται ευκαιρίες να καλλιεργήσει την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση του. Μερικές «επιτυχίες» ή επιτεύξεις καθώς και ευκαιρίες να συμβάλει ή να συμμετέχει σε κάποια δραστηριότητα του παρέχουν την αίσθηση ότι έχει κάποιον έλεγχο σε μια κατάσταση που δεν το καθιστά παθητικό και ολοκληρωτικά εξαρτημένο από το περιβάλλον του. Μερικές φορές η υπερβολική προστασία όσων βρίσκονται κοντά του, ακινητοποιεί το παιδί και έτσι το καθιστά ακόμα πιο αδύναμο, ανήμπορο ανίσχυρο και θλιμμένο από ότι θα ήταν αν είχε την κατάλληλη ενθάρρυνση και τον πρέποντα σεβασμό.

δ) Την ανάγκη για κατανόηση και τη δυνατότητα ανοικτής επικοινωνίας που αναζητεί κάθε παιδί από ένα ευαισθητοποιημένο περιβάλλον που ξέρει να ακούει, να το προτρέπει να εκφράσει τα συναισθήματα του ελεύθερα και που προσφέρει την κατάλληλη υποστήριξη που τόσο έχει ανάγκη<sup>16,17</sup>.

## **6.2. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Καθώς το παιδί πλησιάζει προς το θάνατο ολόκληρη η οικογένεια βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης.

Επιστήμονες περιγράφουν μια διεργασία «Προπαρασκευαστικού δρῆνου» που επικρατεί στα μέλη της οικογένειας, καθώς προετοιμάζονται ψυχολογικά για τον αναπόφευκτο θάνατο.

Χαρακτηριστική είναι η κατάθλιψη, ο προβληματισμός γύρω από το θάνατο και η συνεχής ενασχόληση με το παιδί που πεθαίνει. Το άγχος τους συχνά εκδηλώνεται με σωματικά συμπτώματα (πόνος στο στήθος, ζαλάδες, μουδιάσματα κλπ). Ενώ τα μέλη της οικογένειας αρχίζουν να «συμφιλιώνονται» με τη σκέψη του θανάτου, υπάρχουν στιγμές που ταυτόχρονα τον αρνούνται διατηρώντας μια ελπίδα που έρχεται σε πλήρη αντίφαση με την πραγματικότητα. Προοδευτικά οι ελπίδες των γονιών που στρέφονται γύρω από ένα «θαύμα» παίρνουν νέα μορφή.

Δεν ελπίζουν πια ότι το παιδί τους θα γίνει καλά, αλλά ότι ενδεχόμενα θα προλάβει μια οικογενειακή γιορτή, τα Χριστούγεννα, τον ερχομό κάποιου αγαπημένου προσώπου κλπ. Εκείνο που εύχονται πάνω από όλα, είναι να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του χωρίς πόνους. Συχνά στα πλαίσια της διεργασίας του «προπαρασκευαστικού δρῆνου» απομακρύνονται συναισθηματικά από το παιδί, σκέφτονται με πιο τρόπο θέλουν να το θυμούνται και προσπαθούν να φανταστούν την μελλοντική ζωή της οικογένειας χωρίς αυτό.

Έχει παρατηρηθεί ότι τα μέλη που βιώνουν αυτή τη διεργασία του «προπαρασκευαστικού δρῆνου» έχουν λιγότερο έντονες συναισθηματικές

αντιδράσεις τη στιγμή του θανάτου. Παράλληλα, υποστηρίζεται από μερικούς ερευνητές, χωρίς να έχει όμως αποδειχτεί, ότι αυτή η διεργασία συμβάλλει θετικά στην προσαρμογή τους μετά το χαμό του άρρωστου παιδιού.

Ερευνητικές μελέτες υποστηρίζουν ότι, ανάμεσα σε όλα τα μέλη της οικογένειας, τα αδέρφια του άρρωστου παιδιού είναι εκείνα που υποφέρουν ψυχικά περισσότερο από την εμπειρία της χρόνιας αρρώστιας (Taylor 1980, Spinetta 1981). Συχνά νιώθουν παραμελημένα, εγκαταλελειμμένα και αδικημένα από τους γονείς, που τις περισσότερες φορές στρέφουν την αποκλειστική προσοχή, αγάπη και φροντίδα τους προς το άρρωστο παιδί. Δεν είναι σπάνιες οι φορές που με τη ζήλειά τους και την ανταγωνιστική τους διάθεση κατευθύνουν την επιθετικότητά τους προς το άρρωστο παιδί. Το υγιές παιδί μπορεί μερικές φορές να εύχεται την εξαφάνιση, την απομάκρυνση ή και το θάνατο του / της αδελφού / ης (αυτές οι επιθυμίες είναι φυσιολογικές αντιδράσεις σε όλα τα παιδιά της οικογένειας που βρίσκονται σε ανταγωνισμό). Όταν όμως η αρρώστια οδηγεί πραγματικά στο θάνατο, τότε το υγιές αδελφάνι κυριαρχείται από έντονες ενοχές γιατί πιστεύει ότι ακόμα και με τη σκέψη του πιθανόν να προκάλεσε ή συντέλεσε στο θάνατο του / της αδελφού / ης του.

Στην κρίσιμη περίοδο που το άρρωστο παιδί πεθαίνει, τα αδέρφια του χρειάζονται ιδιαίτερη υποστήριξη και κάποιον που να καθυστεράει του φόβους τους, ότι δηλαδή και εκείνα μπορεί να αρρωστήσουν βαριά ή ακόμα και να πεθάνουν<sup>16,17</sup>.



### **6.3. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ**

Ο νοσηλευτής που βρίσκεται κοντά στην οικογένεια σε αυτές τις κρίσιμες στιγμές, μπορεί να παίζει ένα ουσιαστικό ρόλο διευκολύνοντας τα μέλη της να εκφράζουν ελεύθερα και να μοιράζονται μεταξύ τους τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους. Είναι σημαντικό να καθησυχάζονται ότι οι αντιδράσεις τους είναι φυσιολογικές και να τονίζεται παράλληλα ότι δεν υπάρχει «ένας σωστός τρόπος» συμπεριφοράς. Κάθε μέλος έχει τις δικές τους προσωπικές αντιδράσεις και βρίσκει κατανόηση, όταν αυτές γίνονται αποδεκτές.

Η ευαισθησία και οι γνώσεις του νοσηλευτού γύρω από τις σκέψεις των υγείων παιδιών μέσα στην οικογένεια συμβάλλουν ώστε να τους δοθεί η κατάλληλη συμπαράσταση από το περιβάλλον τους. Παράλληλα ο ρόλος του είναι πρωταρχικής σημασίας στα πλαίσια μιας συμβουλευτικής υποστήριξης προς τους γονείς όταν:

α) Ενθαρρύνει τους γονείς να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις έγνοιες τους διευκολύνοντας με αυτόν τον τρόπο τη διεργασία του «προπαρασκευαστικού θρήνου».

β) Βοηθά τους γονείς να πάρουν μερικές σημαντικές αποφάσεις. Συχνά, βρίσκονται μποροστά στο δίλημμα αν θα συνεχίσουν τις θεραπευτικές προσπάθειες με ένα νέο σχήμα που ενδεχομένως θα προτείνουν οι ειδικοί ή αν θα διακόψουν κάθε προσπάθεια εντοπίζοντας πια τη φροντίδα στον έλεγχο του πόνου και των συμπτωμάτων του παιδιού. Μια κρίσιμη και δύσκολη απόφαση για τους γονείς είναι,

επίσης, «εάν» και «πότε» μπορούν να επιστρέψουν με το παιδί τους που πεθαίνει στο σπίτι. Ο ρόλος του νοσηλευτή δεν περιορίζεται στο να παίρνει αυτές τις αποφάσεις «για» τους γονείς αλλά, αντίθετα, να τους παρέχει υπεύθυνη πληροφόρηση, να τους βοηθά να ερευνήσουν τις εναλλακτικές δυνατότητες που τους παρουσιάζονται και τις πιθανές επιπτώσεις που θα έχουν οι αποφάσεις τους τόσο στο ίδιο το παιδί, όσο και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Είναι σημαντικό να ενθαρρύνονται οι γονείς στο ρόλο και την ικανότητά τους να παίρνουν κατάλληλες αποφάσεις όσον αφορά την οικογένειά τους, ώστε να νιώθουν ότι έχουν κάποιον έλεγχο σε όσα συμβαίνουν στη ζωή τους.

γ) Προσφέρει στους γονείς την κατάλληλη εκπαίδευση σχετικά με τις βασικές φροντίδες που μπορούν να εξασφαλίσουν στο παιδί τους, ιδιαίτερα μάλιστα όταν αυτό βρίσκεται στο σπίτι. Παράλληλα τους προετοιμάζει να αντιμετωπίσουν πρακτικά κάποια ξαφνική ή σημαντική αλλαγή στη γενική κατάσταση του αρρώστου.

Ο πρωταρχικός στόχος για το παιδί που φεύγει από το νοσοκομείο, δεν είναι να γυρίσει σπίτι του για να πεθάνει εκεί, αλλά για να βρει περισσότερη άνεση και ποιότητα σε κάθε μέρα της ζωής που του απομένει. Είναι όμως σημαντικό να γνωρίζουν οι γονείς ότι έχουν πάντα τη δυνατότητα να επιστρέψουν οποιαδήποτε στιγμή στο νοσοκομείο, ιδιαίτερα μάλιστα όταν βρίσκουν δυσκολίες ή όταν αυξάνεται το άγχος τους και έχουν ανάγκη από τη στήριξη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Εάν η οικογένεια είναι κατάλληλα προετοιμασμένη και μπορεί να παρέχει τις απαραίτητες φροντίδες στο σπίτι και εάν το παιδί παραμένει απελευθερωμένο από τον πόνο και βρίσκεται σε συνειδητή επαφή και επικοινωνία με το περιβάλλον του μέχρι την τελευταία στιγμή, τότε ο θάνατος στο σπίτι μπορεί να αποτελέσει μια «θετική» εμπειρία για όλα τα μέλη της οικογένειας

δ) Εξασφαλίζει στην οικογένεια τη σταθερή παρουσία του και τη διαβεβαίωση ότι θα είναι στη διάθεση των μελών της σε αυτές τις δύσκολες στιγμές. Όταν τα ιατρικά μέσα δεν μπορούν να προσφέρουν κάτι το ουσιαστικό στο παιδί που πεθαίνει ο νοσηλευτής μπορεί να καθησυχάσει τους γονείς ότι δεν θα τους εγκαταλείψει και ότι θα φροντίζει μέχρι την τελευταία στιγμή για την άνεση και την ανακούφιση του άρρωστου παιδιού. Αυτή η παρουσία, περισσότερο από οποιαδήποτε νοσηλευτική παρέμβαση, έχει μεγάλη «θεραπευτική» αξία.

Όσο σημαντικός είναι ο υποστηρικτικός ρόλος που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής την περίοδο που το παιδί πεθαίνει, άλλο τόσο ανεκτίμητη είναι η επικοινωνία που θα πρέπει να διατηρήσει με τα μέλη της οικογένειας και μετά το θάνατο του παιδιού.

Βέβαια, αυτή η προσέγγιση είναι αποτελεσματικότερη, όταν ο ίδιος θέλει να καταλάβει, μέσα από μια διεργασία αυτογνωσίας τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις και τη συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί που πεθαίνει και γενικότερα μπροστά στο θάνατο.

Χωρίς αμφιβολία η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση γύρω από την ψυχολογία του παιδιού που πεθαίνει, της οικογένειας του αλλά και του

ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που το φροντίζει, αποτελούν μια αναγκαιότητα και μια απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας στο σοβαρά άρρωστο παιδί και την οικογένειά του.

Όπως απλά περιγράφεται σε ένα γαλλικό ρητό του 15<sup>ου</sup> αιώνα ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι «να θεραπεύει συχνά, να ανακουφίζει μερικές φορές, να υποστηρίζει πάντα»<sup>16,17</sup>.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΥΛΙΚΟ**

Το δείγμα της έρευνας μας απαρτίζεται από 150 παιδιά ηλικίας πέντε έως δεκατεσσάρων ετών (5-14), τα οποία νοσηλεύονται σε παιδιατρικές κλινικές νοσοκομείων.

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα τα οποία επισκεφθήκαμε και συλλέξαμε το δείγμα ήταν το Π.Π.Γ.Ν. Αλεξανδρουπόλεως στο νομό Έβρου, τα νοσοκομεία παιδών «Αγλαία Κυριακού» και «Αγία Σοφία» στο νομό Αττικής και τα νοσοκομεία «Π.Π.Γ.Ν. Ρίου» και Νοσοκομείο παιδών «Καραμανδάνειο» Πατρών στο νομό Αχαΐας.

Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, κατάσταση υγείας, οικογενειακή, κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανοικτού τύπου. Περιελάμβανε ερωτήσεις, η συμπλήρωση των οποίων απαιτούσε αρκετό χρόνο, περίπου 10-15' για έκαστο από αυτά, και αρκετή υπομονή, επειδή η επικοινωνία μας με τους γονείς των παιδιών δεν ήταν τόσο εύκολη. Διάφοροι παράγοντες, όπως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων, η καχυποψία αυτών για το σκοπό συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και η μη καλή ψυχολογική τους κατάσταση εξαιτίας της ασθένειας των παιδιών, έκαναν δύσκολη την προσπάθειά μας για συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων.

Η ερευνητική μας προσπάθεια διήρκησε 6 μήνες περίπου.

## **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Στις στήλες κάθε πίνακα αναγράφονται οι τιμές των εξεταζόμενων ομάδων, και στη τελευταία στήλη το αποτέλεσμα που προέκυψε από τον στατιστικό έλεγχο.

Για κάθε μέτρηση δίνεται:

- Το μέγεθος του δείγματος (Sample Size,  $n$ ).
- Ο μέσος όρος (mean).
- Μέσα στην παρένθεση η τυπική απόκλιση (Standard Deviation).
- Η διάμεσος της κατανομής των τιμών (Median).
- Ο ελάχιστος (min), και ο μέγιστος (max) όρος της κατανομής.
- Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% Confidence Interval), μέσα στο οποίο εκτιμάται με 95% αξιοπιστία ότι βρίσκεται η πραγματική τιμή της μέτρησης.

Αν η μεταβλητή είναι κατηγορική αναφέρεται ο απόλυτος αριθμός των ατόμων και μέσα στην παρένθεση δίνεται η ποσοστιαία αναλογία, υπολογιζόμενη πάντα επί του συνόλου των μετρήσεων.

Όλα τα ποσοστά αναφέρονται επί των υπαρχόντων κάθε φορά απαντήσεων, δηλ. ανάλογα με το ( $n$ ).

Ο έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο όσο και στις διάφορες υποομάδες έγινε με την μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

Οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το Chisquare test (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια), ή το Fishers' exact Probability test, όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5.

Για τον έλεγχο των ανεξάρτητων συνεχών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε One - Way Analysis of Variance (ANOVA) και το Unpaired t test, ενώ για όσες κατανομές δεν πληρούσαν το κριτήριο της κανονικότητας, χρησιμοποιήθηκε αντίστοιχα η Kruskal - Wallis Analysis by Ranks και το Mann - Whitney test.

Με την ανάλυση συσχετίσεων (Correlation Analysis) αναζητήσαμε μια πιθανή γραμμική σχέση μεταξύ των μεταβλητών ανά δύο.

Τέλος μελετήσαμε την σχετική αξία των διαφόρων παραμέτρων στην τελική πρόγνωση, με την χρήση πολυπαραγοντικών μεθόδων ανάλυσης (Multivariate Methods of Analysis: Stepwise Multiple Regression Analysis, Multiple Logistic Regression Analysis), έχοντας σαν κριτήριο αποτελέσματος τόσο την εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης ψυχοσωματικών αντιδράσεων, όσο και τον βαθμό έντασής τους.

Θεωρούμε σαν ισχυρά στατιστικώς σημαντική μια διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνον αν το αποτέλεσμα που δίνεται από τον στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μια πιθανότητα  $P < 0.05$ .



### ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΟΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΟΥΣ ΠΙΝΑΚΕΣ

+ Η διαφορά ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες είναι στατιστικά σημαντική, και παρόλο που δεν «κατάφερε» να φτάσει τα όρια του κοινά αποδεκτού επιπέδου σημαντικότητας 0.05, εν τούτοις δεν μπορεί να απορριφθεί σαν ανάξια λόγου.

++ Η διαφορά ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες και ισχυρά στατιστικά σημαντική.

#### Πίνακας 1. Συγκεντρωτικά στοιχεία:

<b>ΦΥΛΟ</b>	(n=150)
Αρρεν	84 (56%)
Θήλυ	66 (44%)

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	(n=150)
Μέσος όρος (SD)	8,61 (2,85%)
Διάμεσος (min, max)	8 (2,14%)

<b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>	(n=150)
# Πνευμονία + Αναπν. δυσχέρεια + Αλλεργικό άσθμα + Βρογχίτιδα Αμυγδαλίτιδα + Λαρυγγίτιδα + Υδροθώρακας	62 (41,3%)

# Ουρολοίμωξη + Αιματοουρία + Παλινδρόμηση ούρων + Στένωση ουρητήρα	17 (11,3%)
# Δηλητηρίαση + Εμμετοί + Διάρροια + Κολίτιδα + Γαστρεντερίτιδα	27 (18%)
# Αλλεργία	5 (3,3%)
# Κιρσοκήλη + Κύστη κόκκυγος + Τραύμα + Κάταγμα + Εγκαυμα	16 (10,7%)
# Μελιταίος πυρετός	1 (0,7%)
# Σακχαρώδης Διαβήτης + Μεσ.Αναιμία	4 (2,7%)
# Σκωλικοειδίτις + Περιτονίτις	13 (8,7%)
# Εχινόκοκκος + Ηπατίτιδα	3 (2%)
# Νεφρωσικό σύνδρομο	1 (0,7%)
# Επιληψία	1 (0,7%)

<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>(n=150)</b>
«Αγία Σοφία»	30 (20%)
Π.Π.Γ.Ν.Π.	30 (20%)
«Αγλαΐα Κυριακού»	30 (20%)
Αλεξανδρούπολης	30 (20%)
Καραμανδάνειο	30 (20%)

<b>ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΜΗΤΕΡΑΣ</b>	<b>(n150)</b>
Δημοτικό	30 (20%)
Γυμνάσιο	29 (19,3%)
Λύκειο	53 (35,3%)
Μέση Σχολή	13 (8,7%)
Ανώτερη	16 (10,7%)
Ανώτατη	9 (6%)

<b>ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΑΤΕΡΑ</b>	<b>(n=150)</b>
Δημοτικό	27 (18%)
Γυμνάσιο	34 (22,7%)
Λύκειο	53 (35,3%)
Μέση Σχολή	11 (7,3%)
Ανώτερη	7 (4,7%)
Ανώτατη	18 (12%)

<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ</b>	<b>(n=150)</b>
Οικιακά	72 (48%)
Αγρότισσα	10 (6,7%)

*Ψυχολογική φόρτιση νοσηλευομένου παιδιού - Νοσηλευτική παρέμβαση*

Έμπορος	6 (4%)
Ιδ. Υπάλληλος	28 (18,7%)
Δημ. Υπάλληλος	15 (10%)
Εκπαιδευτικός	9 (6%)
Νοσηλεύτρια - Ιατρός	10 (6.7%)

<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ</b>	<b>(n=150)</b>
Αγρότης	18 (12%)
Εργάτης	14 (9,3%)
Τεχνικός	22 (14,7%)
Ιδ. Υπάλληλος	39 (26%)
Δημ. Υπάλληλος	23 (15,3%)
Εκπαιδευτικός	13 (8,7%)
Νοσηλεύτης - Ιατρός	2 (1,3%)

<b>Πάει στο σχολείο;</b>	<b>(n=150)</b>
Ναι	140 (93,3%)
Όχι	10 (6,7%)

*Ψυχολογική φόρτιση νοσηλευόμενου παιδιού - Νοσηλευτική παρέμβαση*

<b>Αν ναι, σε ποια τάξη;</b>	<b>(n=140)</b>
1 <sup>η</sup> Δημοτικού	33 (23,6%)
2 <sup>η</sup> Δημοτικού	11 (7,9%)
3 <sup>η</sup> Δημοτικού	15 (10,7%)
4 <sup>η</sup> Δημοτικού	16 (11,4%)
5 <sup>η</sup> Δημοτικού	16 (11,4%)
6 <sup>η</sup> δημοτικού	11 (7,9%)
1 <sup>η</sup> Γυμνασίου	9 (6,4%)
2 <sup>η</sup> Γυμνασίου	6 (4,3%)
3 <sup>η</sup> Γυμνασίου	0
Νηπιαγωγείο	23 (16,4%)

<b>Έχει νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο;</b>	<b>(n=150)</b>
Όχι	97 (64,7%)
Ναι	50 (33,3%)
Πολλές φορές	3 (2%)

*Ψυχολογική φόρτιση νοσηλευομένου παιδιού - Νοσηλευτική παρέμβαση*

Για το ίδιο νόσημα;	(n=52)
Ναι	10 (19,2%)
Όχι	42 (80,8%)

Ποιά η αντίδραση του παιδιού στην είδηση της εισαγωγής του στο νοσοκομείο;	(n=146)
Κλάμα	23 (15,8%)
Πανικός	19 (13%)
Αρνηση	30 (20,5%)
Αδιαφορία	14 (9,6%)
Αποδοχή	60 (41,1%)

Έχει επισκεφτεί νοσοκομείο άλλη φορά;	(n=150)
Όχι	51 (34%)
Ναι	99 (66%)

Αν ναι, για ποιο λόγο	(n=99)
Σαν ασθενής	48 (48,5%)
Σαν επισκέπτης	45 (45,4%)
Σαν ασθενής + Σαν επισκέπτης	6 (6,1%)

Φοβίσσατε ποτέ το παιδί σας με την περιγραφή της ένεσης ή την επίσκεψη στο γιατρό;	(n=150)
Όχι	128 (85,3%)
Ίσως	16 (10,7%)
Ναι	6 (4%)

Ποιά η αντίδραση κατά την εισαγωγή;	(n=146)
Κατάθλιψη	30 (20,5%)
Πανικός	12 (8,2%)
Κλάμα	39 (26,7%)
Αποδοχή	65 (44,5%)

Ποιά η συμπεριφορά προς τους γονείς, μετά την εισαγωγή του;	(n=150)
Επιθετική	14 (9,3%)
Αδιάφορη	0
Φυσιολογική	63 (42%)
Προσήλωση στη μητέρα	41 (27,3%)
Προσήλωση στον πατέρα	18 (12%)
Προσήλωση και στους δύο γονείς	14 (9,3%)

Ποιά η στάση του στη δέα της λευκής ρόμπας;	(n=150)
Επιθετικότητα	3 (2%)
Φόβος	30 (20%)
Αρνηση	18 (12%)
Συνεργασία	99 (66%)

Ποια η αντίδρασή του στην πρώτη νοσηλεία;	(n=149)
Αρνηση	27 (18,1%)
Κλάμα	26 (17,4%)
Ταραχή	25 (16,8%)
Συνεργασία	71 (47,7%)

Άλλαξε η αντίδρασή του στις επόμενες νοσηλείας;	(n=150)
Ναι	42 (28%)
Όχι	108 (72%)



*Ψυχολογική φόρτιση νοσηλευομένου παιδιού - Νοσηλευτική παρέμβαση*

<b>Αν ναι, γιατί;</b>	<b>(n=150)</b>
Φοβήθηκε - Πόνεσε	1 (2,4%)
Συνήθεια - Εξοικίωση	29 (70,7%)
Του εξηγήθηκαν οι διαδικασίες	4 (9,8%)
Καλή συμπεριφορά προσωπικού	7 (17,1%)

<b>Θα ήθελε έναν από τους γονείς μέσα στο δάλαμο, κατά τη νοσηλεία;</b>	<b>(n=150)</b>
Όχι	27 (18%)
Ναι	123 (82%)

<b>Αν ναι, γιατί;</b>	<b>(n=122)</b>
Φοβάται	28 (23%)
Νοιώθει ασφάλεια	94 (77%)

<b>Αν όχι, γιατί;</b>	<b>(n=24)</b>
Δεν φοβάται	15 (62,5%)
Έχει εξοικειωθεί	3 (12,5%)
Ντρέπεται	2 (8,3%)

Έχει αναπτύξει συμπάθειες	2 (8,3%)
Προσαρμόστηκε στις υποδείξεις του προσωπικού	2 (8,3%)

Αν ναι, ποιόν από τους δύο γονείς;	(n=115)
Πατέρα	7 (6,1%)
Μητέρα	94 (81,7%)
Πατέρα + Μητέρα	14 (12,2%)

Μπορεί εύκολα να κάνει γνωριμίες;	(n=150)
Όχι	35 (23,3%)
Ναι	115 (76,7%)

Θα ήθελε να γνωρίσει παιδιά με την ίδια ασθένεια που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο;	(n=149)
Όχι	53 (35,6%)
Ναι	96 (64,4%)

Αν ναι, γιατί;	(n=92)
Παιχνίδι	4 (4,3%)

*Ψυχολογική φόρτιση νοσηλευόμενου παιδιού - Νοσηλευτική παρέμβαση*

Παρέα	79 (85,9%)
Ανταλλαγή απόγεων	9 (9,8%)

<b>Αν όχι, γιατί;</b>	<b>(n=51)</b>
Δεν κάνει γνωριμίες	13 (25,5%)
Θέλει ησυχία	4 (7,8%)
Δεν θέλει / αδιαφορεί	32 (62,7%)
Είναι μικρός σε ηλικία	2 (3,9%)

<b>Προτιμά να είναι μόνο του στο δάλαμο, ή με άλλα παιδιά;</b>	<b>(n=148)</b>
Μόνο του	42 (28,4%)
Με άλλα παιδιά	106 (71,6%)

<b>Μόνο του, γιατί;</b>	<b>(n=42)</b>
Ηρεμία - Ησυχία	38 (90,5%)
Εκνευρίζεται από τη παρουσία των άλλων	4 (9,5%)

<b>Με άλλα παιδιά, γιατί;</b>	<b>(n=105)</b>
-------------------------------	----------------

Παιχνίδι	5 (4,8%)
Παρέα	100 (95,2%)

Απομακρύνθηκε για κάποιο διάστημα από το σπίτι του χωρίς τους γονείς;	(n=150)
Όχι	100 (66,7%)
Ναι	50 (33,3%)

Αν ναι, σε ποιά ηλικία;	(n=49)
Μέσος όρος (SD)	6,96 (2,81 %)
Διάμεσος (min, max)	7 (2,13)

Αν ναι, για πόσο διάστημα;	(n=49)
Μέσος όρος (SD)	42,7 (102,84)
Διάμεσος (min, max)	15 (2,548)

Εχει αδέρφια;	(n=150)
Ναι	116 (77,3%)
Όχι	34 (22,7%)

<b>Αν ναι, αριθμός;</b>	<b>(n=116)</b>
1	88 (75,9%)
2	20 (17,2%)
3	5 (4,3%)
4	3 (2,6%)

<b>Αγόρια: 0</b>	<b>4,7 (40,5%)</b>
1	55 (47,4%)
2	11 (9,5%)
3	2 (1,7%)
4	1 (0,9%)

<b>Κορίτσια : 0</b>	<b>53 (45,7%)</b>
1	58 (50%)
2	5 (4,3%)
3	0
4	0

Τα αναζήτησε όταν νοσηλεύτηκε	(n=116)
Όχι	14 (12,1%)
Ναί	102 (87,9%)

Με ποιόν μένει στο σπίτι τις ελεύθερες ώρες;	(n=150)
Μητέρα	99 (66%)
Πατέρα	18 (12%)
Μεγαλύτερα αδέρφια	16 (10,7%)
Γιαγιά	41 (27,3%)
Παπού	13 (8,7%)
Άλλο πρόσωπο	11 (7,3%)

Αρνείται να μείνει στο νοσοκομείο κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς;	
Ναι	111 (74%)
Όχι	39 (26%)

Υπάρχουν στο νοσοκομείο παιχνίδια ή κάποιοι άλλοι τρόποι για την ευχάριστη απασχόλησή του;	(n=150)
--	---------

*Ψυχολογική φόρτιση νοσηλευομένου παιδιού - Νοσηλευτική παρέμβαση*

Ναι	102 (68%)
Όχι	48 (32%)

Διαπιστώσατε διαταραχές στον ύπνο του, μετά την εισαγωγή;	(n=150)
Ναι	60 (40%)
Όχι	90 (60%)

Αν ναι, ποιες;	(n=60)
Ανησυχία	40 (66,7%)
Διακεκομμένος ύπνος	14 (23,3%)
Αϋπνία	6 (10%)

Παρατηρήσατε αλλαγή στη διάθεσή του για φαγητό;	(n=150)
Ναι	71 (47,3%)
Όχι	79 (52,7%)

Διαπιστώσατε κάποια αλλαγή στις συνήθειες αφόδευσης/ούρησης;	(n=150)
--	---------

*Ψυχολογική φόρτιση νοσηλευομένου παιδιού - Νοσηλευτική παρέμβαση*

Ναι	31 (20,7%)
Όχι	119 (79,3%)

Αν ναι, ποια;	(n=29)
Συχνουρία	7 (24,1%)
Δυσκοιλιότητα	20 (69%)
Ευκολία λόγω ασθένειας	2 (6,9%)

Η κατάσταση της υγείας του και το περιβάλλον του νοσοκομείου έχουν επηρεάσει τη διάθεσή του για παιχνίδι κ.λ.π.;	(n=150)
Ναι	66 (44%)
Όχι	84 (56%)

Θα προτιμούσε να νοσηλεύεται στο σπίτι, ή στο νοσοκομείο;	(n=149)
Σπίτι	121 (81,2%)
Νοσοκομείο	28 (18,8%)

Στο νοσοκομείο, γιατί;	(n=28)
------------------------	--------



Ασφάλεια	23 (82,1%)
Παρέα	2 (7,1%)
Έχει εξοικειωθεί	3 (10,7)

Στο σπίτι, γιατί;	
Οικείο περιβάλλον	66 (54,5%)
Άνεση - Ασφάλεια	44 (36,4%)
Δυσάρεστος ο χώρος του νοσοκομείου	8 (6,6%)
Αναζητά τα αδέρφια του	3 (2,5%)

Score ψυχοσωματικών αντιδράσεων.	(n=150)
Μέσος όρος (SD)	6,89 (2,31)
Διάμεσος (min, max)	7 (3, 13)
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(6,52, 7,27)

Εμφάνιση ψυχοσωματικών αντιδράσεων.	(n=150)
Ναι	59 (39,3%)
Όχι	91 (60,7%)

**Πίνακας 2: Σύγκριση των παιδιών ανάλογα με το εάν έχουν ή όχι εμπειρία από νοσηλεία**

**Πίνακας 2.1. Σύγκριση των παιδιών με τα γενικά ατομικά χαρακτηριστικά σε σχέση με το εάν έχουν ή όχι εμπειρία από νοσηλεία.**

	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
<b>ΦΥΛΛΟ</b>	(n=97)	(n=53)	P=0,332
Άρρεν	51 (52,6%)	33 (62,3%)	
Θήλυ	46 (47,4%)	20 (37,7%)	

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>			
Μέσος όρος SD	(n=97)	(n=53)	P=0,792
Διάμεσος (min, max)	8,57 (2,61)	870 (3,27)	
95% διάστημα εμπιστοσύνης	8 (2,14) (7,99, 9,14)	7 (2,14) (7,92, 9,48)	

<b>Πάει στο σχολείο</b>	(n=97)	(n=53)	P=0,982
ΟΧΙ	7 (7,2%)	3 (5,7%)	
ΝΑΙ	90 (92,8%)	50 (94,3%)	

<b>Γραμματικές</b>	(n=97)	(n=53)	P=0,176
--------------------	--------	--------	---------

γνώσεις μητέρας			
Δημοτικό	14 (14,4%)	16 (30,2%)	
Γυμνάσιο	21 (21,6%)	8 (15,1%)	
Λύκειο	36 (37,1%)	17 (32,1%)	
Μέση Σχολή	8 (8,2%)	5 (9,4%)	
Ανώτερη	10 (10,3%)	6 (11,3%)	
Ανώτατη	8 (8,2%)	1 (1,9%)	

Γραμματικές γνώσεις πατέρα	(n=97)	(n=53)	P=0,176
Δημοτικό	12 (12,4%)	15 (28,3%)	
Γυμνάσιο	24 (24,7%)	10 (18,9%)	
Λύκειο	34 (35,1%)	19 (35,8%)	
Μέση Σχολή	8 (8,2%)	3 (5,7%)	
Ανώτερη	5 (5,2%)	2 (3,8%)	
Ανώτατη	14 (14,4%)	4 (7,5%)	

Δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες στατιστικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων και τα γενικά ατομικά χαρακτηριστικά τους, σε σχέση με την εμπειρία τους με νοσηλεία στο νοσοκομείο.

**Πίνακας 2.2.** Σύγκριση των παιδιών ανάλογα με το εάν έχουν εμπειρία ή όχι από νόσηλεία ως προς την αντίδραση τους στην είδηση και στο γεγονός της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο.

	Όχι	Ναι	
Ποια η αντίδραση του παιδιού στην είδηση της εισαγωγής του στο νοσοκομείο	(n=94)	(n=52)	P=0,795
Κλάμα	17 (18,1%)	6 (11,5%)	
Πανικός	11 (11,7%)	8 (15,4%)	
Άρνηση	20 (21,3%)	10 (19,2%)	
Αδιαφορία	8 (8,5%)	6 (11,5%)	
Αποδοχή	38 (40,4%)	22 (42,3%)	

Ποια η αντίδραση κατά την εισαγωγή	(n=94)	(n=52)	P=0,243
Κατάθλιψη	21 (22,3%)	9 (17,3%)	
Πανικός	6 (6,4%)	6 (11,5%)	
Κλάμα	29 (30,9%)	10 (19,2%)	
Αποδοχή	38 (40,4%)	27 (51,9%)	

Παρατηρήθηκε ότι η είδηση της εισαγωγής του παιδιού στο νοσοκομείο έγινε εξίσου αποδεκτή, τόσο από τα παιδιά που έχουν εμπειρία νοσοκομείου όσο και από αυτά που δεν έχουν. Επίσης το γεγονός της εισαγωγής του παιδιού στο νοσοκομείο έγινε αποδεκτό και από τις δύο ομάδες παιδιών, με μικρή υπερίσχυση αυτών που έχουν νοσηλευτεί ξανά κατά το παρελθόν.

**Πίνακας 2.3.** Σύγκριση των παιδιών ανάλογα με το ένα έχουν εμπειρία ή όχι από νοσηλεία ως προς την συμπεριφορά τους απέναντι στους γονείς.

	OXI	NAI	
Ποια η συμπεριφορά προς τους γονείς, μετά την εισαγωγή τους	(n=97)	(n=53)	P=0,232
Επιθετική	12 (12,4%)	2 (3,8%)	
Αδιάφορη	0	0	
Φυσιολογική	36 (37,1%)	27 (50,9%)	
Προσήλωση στη μητέρα	27 (27,8%)	14 (26,4%)	
Προσήλωση στον πατέρα	11 (11,3%)	7 (13,2%)	
Προσήλωση και στους δύο γονείς	11 (11,3%)	3(5,7%)	

Θα ήθελε ένα από τους γονείς μέσα στο δάλαμο, κατά τη νοσηλεία	(n=97)	(n=53)	P=0,384
Όχι	15 (15,5%)	12 (22,6%)	
Ναι	82 (84,5%)	41 (77,4%)	

Αρνείται να μείνει στο νοσοκομείο κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	(n=97)	(n=53)	P=0,962
Όχι	25 (25,8%)	14 (26,4%)	
Ναι	72 (74,2%)	39 (73,6%)	

Παρατηρήθηκε ότι μετά την εισαγωγή των παιδιών στο νοσοκομείο η συμπεριφορά τους προς τους γονείς ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό φυσιολογική. Διαπιστώθηκε σημαντική προσήλωση κυρίως στο πρόσωπο της μητέρας. Και στις δύο ομάδες παιδιών παρατηρείται αυξημένη ανάγκη αναζήτησης των γονέων μέσα στο θάλαμο, την ώρα της νοσηλείας και ιδιαίτερα αυξημένη άρνηση παραμονής τους στο νοσοκομείο, χωρίς τους γονείς.

**Πίνακας 2.4.** Σύγκριση των παιδιών ανάλογα με το εάν έχουν εμπειρία ή όχι από νοσηλεία ως προς τον εκφοβισμό τους με την περιγραφή της ένεσης και την επίσκεψη στο γιατρό.

	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
<b>Φοβίσσατε ποτέ το παιδί σας με την περιγραφή της ένεσης ή την επίσκεψη στο γιατρό</b>	(n=97)	(n=53)	P=0,513
Όχι	82 (84,5%)	46 (86,8%)	
Ίσως	12 (12,4%)	4 (7,5%)	
Ναι	3 (3,1%)	3 (5,7%)	

Διαπιστώθηκε ότι ένα μικρό ποσοστό παιδιών έχει κατά το παρελθόν εκφοβιστεί με την απειλή της επίσκεψης του στο γιατρό και την περιγραφή της ένεσης.



Πίνακας 2.5 Σύγκριση των παιδιών ανάλογα με το εάν έχουν εμπειρία ή όχι από νοσηλεία ως προς τη θέα της λευκής ρόμπας

	Δεν έχουν	Έχουν	
Ποια η στάση του στη θέα της λευκής ρόμπας	(n=97)	(n=53)	P=0,041++
Επιθετικότητα	2 (2,1%)	1 (1,9%)	
Φόβος	17 (17,5%)	13 (24,5%)	
Άρνηση	17 (17,5%)	1 (1,9%)	
Συνεργασία	61 (62,9%)	38 (71,7%)	

Διαπιστώθηκε ποικιλία αντιδράσεων χωρίς μεγάλη διαφοροποίηση στα ποσοστά μεταξύ των δύο ομάδων παιδιών, εκτός από την αντίδραση της άρνησης που είναι αυξημένη στα παιδιά που δεν έχουν νοσηλευτεί άλλη φορά σε σχέση με αυτά που έχουν εμπειρία νοσηλείας.

*Πίνακας 2.6. Σύγκριση των παιδιών ανάλογα με το εάν έχουν εμπειρία ή όχι από νοσηλεία ως προς την κοινωνικότητα τους και την προτίμηση παραμονής τους σε μοναχικό δάλαμο.*

	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
<b>Μπορεί να κάνει εύκολα γνωριμίες</b>	(n=97)	(n=53)	P=0,451
Όχι	25 (25,8%)	10 (18,9%)	
Ναι	72 (74,2%)	43 (81,1%)	

<b>Προτιμά να είναι μόνο του στο δάλαμο ή με άλλα παιδιά</b>	(n=97)	(n=51)	P=0,957
Μόνο του	28 (28,9%)	14 (27,5%)	
Με άλλα παιδιά	69 (71,1%)	37 (72,5%)	

Παρατηρήθηκε ότι σε αναλογία 3 προς 4 και στις δύο ομάδες τα παιδιά δεν παρουσιάζουν δυσκολία στην ανάπτυξη φιλικών σχέσεων στο νοσοκομειακό χώρο μόνο 1 στα 3 παιδιά προτιμά να νοσηλεύεται μόνο του στο δάλαμο.

*Πίνακας 2.7. Σύγκριση των παιδιών ανάλογα με το εάν έχουν εμπειρία ή όχι από νοσηλεία ως προς το αν έχουν αδέρφια και αν τα αναζήτησαν όταν νοσηλεύτηκαν*

	ΟΧΙ	ΝΑΙ	P=0,310
<b>Έχει αδέρφια</b>	(n=97)	(n=53)	
Όχι	19 (19,6%)	15 (28,3%)	
Ναι	78 (80,4%)	38 (71,7%)	
<b>Το αναζήτησε όταν νοσηλεύτηκε</b>	(n=97)	(n=53)	P=0,047++
Όχι	52 (53,6%)	38 (71,7%)	
Ναι	45 (46,4%)	15 (28,3%)	

Παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά και των δύο ομάδων που έχουν αδέρφια εκδηλώσανε ανάγκη για επικοινωνία μαζί τους κατά την διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο.

**Πίνακας 2.8.** Σύγκριση των παιδιών με το εάν έχουν εμπειρία η όχι από νοσηλεία ως προς τις διαταραχές ύπνου.

	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
<b>Διαπιστώσατε διαταραχές στον ύπνο του, μετά την εισαγωγή</b>	(n=97)	(n=53)	P=0,047++
Όχι	52(53,6%)	38 (71,7%)	
Ναι	45 (46,4%)	15 (28,3%)	

Τα παιδιά που δεν έχουν εμπειρία νοσηλείας, εμφανίζουν σε σημαντικό ποσοστό διαταραχές ύπνου.

*Πίνακας 2.9. Σύγκριση των παιδιών ανάλογα με το εάν έχουν εμπειρία ή όχι από νοσπλεία ως προς την διαταραχή της όρεξης, της αφόδευσης και της ούρησης*

	OXI	NAI	
Παρατηρήσατε αλλαγή στη διάθεση του για φαγητό	(n=97)	(n=53)	P=0587
Όχι	49 (50,5%)	30 (56,6%)	
Ναι	48 (49,5%)	23 (43,4%)	

Διαπιστώσατε κάποια αλλαγή στις συνήθειες αφόδευσης / ούρησης	(n=97)	(n=53)	P=0,540
Όχι	75 (77,3%)	44 (83%)	
Ναι	22 (22,7%)	9 (17%)	

Παρατηρήθηκαν ισάριθμα ποσοστά μεταξύ των δύο ομάδων τόσο ως προς τη διατήρηση όσο και ως προς την αλλαγή της διάθεσης του παιδιού για φαγητό.

Ενώ στην πλειοψηφία τους τα παιδιά δεν παρουσιάζουν διαταραχές στις φυσιολογικές λειτουργίες αφόδευσης και ούρησης.

*Πίνακας 2.10. Σύγκριση των παιδιών ανάλογα με το εάν έχουν εμπειρία ή όχι από νοσηλεία, ως προς τη διάθεση του παιδιού για παιχνίδι σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας και το περιβάλλον του νοσοκομείου.*

	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Η κατάσταση της υγείας του και το περιβάλλον του νοσοκομείου έχουν επηρεάσει τη διάθεση του για παιχνίδι κλπ	(n=97)	(n=53)	P=0,097
Όχι	49 (50,5%)	35 (66%)	
Ναι	48 (49,5%)	18 (34%)	

Παρατηρήθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών που δεν έχει νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο παρουσιάζει διαταραχή στη διάθεση του για παιχνίδι, επηρεασμένο από την κατάσταση της υγείας και το άγνωστο περιβάλλον.

*Πίνακας 2.11. Σύγκριση των παιδιών με το εάν έχουν εμπειρία ή όχι από νοσηλεία ως προς την επιθυμία να νοσηλεύονται στο σπίτι ή στο νοσοκομείο*

	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Θα προτιμούσε να νοσηλευτή στο σπίτι ή στο νοσοκομείο	(n=97)	(n=52)	
Σπίτι	79 (81,4%)	42 (80,8%)	
Νοσοκομείο	18 (18,6%)	10 (19,2%)	

Παρατηρήθηκε ότι και στις δύο ομάδες παιδιών το μεγαλύτερο ποσοστό εκδηλώνει την επιθυμία να πραγματοποιείται η νοσηλεία στο σπίτι.

### Πίνακας 3

Σύγκριση των παιδιών ανάλογα με το εάν εμφανίζουν ψυχοσωματικές αντιδράσεις ή όχι

Πίνακας 3.1. Σύγκριση των παιδιών που εμφανίζουν ψυχοσωματικές αντιδράσεις ή όχι ως προς τα γενικά τους χαρακτηριστικά.

	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
<b>ΦΥΛΟ</b>	(n=91)	(n=50)	P=0,877
Άρρεν	50 (54,9%)	34 (57,6%)	
Θήλυ	41 (45,1%)	25 (42,4%)	

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	(n=91)	(n=59)	P=0,355
Μέσος όρος SD	8,79 (9,44)	8,34 (2,71)	
Διάμεσος (min, max)	8 (2,14)	8 (2, 14)	
95% Διάστημα εμπιστοσύνης	(8,20, 9,38)	(7,60, 9,07)	

<b>Γραμματικές γνώσεις μητέρας</b>	(n=91)	(n=59)	P=0,426
Δημοτικό	17 (18,7%)	13 (22%)	
Γυμνάσιο	18 (19,8%)	11 (18,6%)	



*Ψυχολογική φόρτιση νοσπλευομένου παιδιού - Νοσπλευτική παρέμβαση*

Λύκειο	31 (34,1%)	22 (37,3%)	
Μέση Σχολή	6 (6,6%)	7 (11,9%)	
Ανώτερη	11 (12,1%)	5 (8,5%)	
Ανώτατη	8 (8,8%)	1 (1,7%)	

<b>Γραμματικές γνώσεις πατέρα</b>	(n=91)	(n=59)	P=0,482
Δημοτικό	13 (14,3%)	14 (23,7%)	
Γυμνάσιο	19 (20,9%)	15 (28,8%)	
Λύκειο	36 (39,6%)	17 (28,8%)	
Μέση Σχολή	6 (6,6%)	5 (8,5%)	
Ανώτερη	4 (4,4%)	3 (5,1%)	
Ανώτατη	13 (14,3%)	5 (8,5%)	

Δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τα γενικά τους χαρακτηριστικά.

*Πίνακας 3.2. Σύγκριση των παιδιών που εμφανίζουν μυχοσωματικές αντιδράσεις ή όχι ως προς το αν έχουν νοσηλευτεί άλλη φορά σε νοσοκομείο ή αν έχουν απλώς επισκεφθεί αυτό το χώρο.*

	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Έχει νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο	(n=91)	(n=59)	P=0,098
Όχι	54 (59,3%)	43 (72,9%)	
Ναι	36 (39,6%)	14 (23,7%)	
Πολλές φορές	1 (1,1%)	2 (3,4%)	

	(n=91)	(n=59)	P=0,023++
Έχει επισκεφθεί νοσοκομείο άλλη φορά			
Όχι	24 (26,4%)	27 (45,8%)	
Ναι	67(73,6%)	32 (54,2%)	

Παρατηρήθηκε ότι προηγούμενη επίσκεψη σε νοσοκομείο, συνέβαλλε στην ευκολότερη προσαρμογή του παιδιού στο περιβάλλον αυτό, χωρίς την εκδήλωση μυχοσωματικών αντιδράσεων. Επίσης διαπιστώθηκε ότι εμφάνισαν μυχοσωματικές αντιδράσεις σε μεγάλο ποσοστό τα παιδιά που δεν έχουν νοσηλευτεί άλλη φορά στο παρελθόν.

*Πίνακας 3.3. Σύγκριση των παιδιών που εμφανίζουν γυχοσωματικές αντιδράσεις ή όχι ως προς την αντίδραση τους στην είδηση της εισαγωγής στο νοσοκομείο.*

	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Ποια η αντίδραση του παιδιού στην είδηση της εισαγωγής του στο νοσοκομείο	(n=88)	(n=58)	P=0,00015
Κλάμα	9 (10,2%)	14 (24,1%)	
Πανικός	6 (6,8%)	13 (22,4%)	
Άρνηση	15 (17%)	15 (25,9%)	
Αδιαφορία	10 (11,9%)	4 (6,9%)	
Αποδοχή	4 (54,5%)	12 (20,7%)	

Παρατηρήθηκαν ποικίλες αντιδράσεις των παιδιών στην είδηση της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο. Η πλειοψηφία των παιδιών που δεν εμφάνισαν γυχοσωματικές αντιδράσεις αποδέχτηκε την είδηση ομαλά, ενώ τα παιδιά που εμφάνισαν γυχοσωματικές αντιδράσεις παρουσίασαν με την ίδια περίπου ένταση κλάμα, πανικό, άρνηση αποδοχή και μικρά ποσοστά αδιαφορίας.

**Πίνακας 3.4.** Σύγκριση των παιδιών που εμφανίζουν μυχοσωματικές αντιδράσεις ή όχι ως προς τη συμπεριφορά τους απέναντι στους γονείς μετά την εισαγωγή.

	OXI	NAI	
Ποια η συμπεριφορά προς τους γονείς μετά την εισαγωγή του	(n=91)	(n=59)	P=0,000 5++
Επιθετική	5 (5,5%)	9 (15,3%)	
Αδιάφορη	0	0	
Φυσιολογική	51 (56%)	12(20,3%)	
Προσήλωση στη μητέρα	21 (23,1%)	20 (33,9%)	
Προσήλωση στον πατέρα	8 (8,8%)	10 (16,9%)	
Προσήλωση και στους δύο γονείς	6 (6,6%)	8 (1,6%)	

	(n=91)	(n=54)	P=0,001 8++
Θα ήθελε ένα από τους γονείς μέσα στο δάλαμο κατά τη νοσηλεία			
Όχι	23 (25,3%)	4 (6,82)	
Ναι	68 (83,5%)	55 (93,2%)	

	(n=91)	(n=59)	P=0,842
Αρνείται να μείνει στο νοσοκομείο κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς			
Όχι	30 (33%)	18 (30,5%)	
Ναι	61 (67%)	41 (69,5%)	

*Πίνακας 3.5. Σύγκριση των παιδιών που εμφανίζουν γυχοσωματικές αντιδράσεις ή όχι, ως προς τον εκφοβισμό τους με την περιγραφή της ένεσης και την επίσκεψη στο γιατρό.*

	ΟΧΙ	ΝΑΙ	P=0,22
<b>Φοβίσσατε ποτέ το παιδί σας με την περιγραφή της ένεσης ή την επίσκεψη στο γιατρό;</b>	(n=91)	(n=59)	
Όχι	81 (89%)	47 (79,6%)	
Ίσως	8 (8,8%)	8 (13,6%)	
Ναι	2 (2,2%)	4 (6,8%)	

Διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που εμφάνισαν γυχοσωματικές αντιδράσεις δεν έχει εκφοβηθεί στο παρελθόν με την απειλή της επίσκεψης στο γιατρό και την περιγραφή της ένεσης.

**Πίνακας 3.6.** Σύγκριση των παιδιών που εμφανίζουν ψυχοσωματικές αντιδράσεις ή όχι, ως προς την κοινωνικότητα τους και την προτίμηση παραμονής τους σε μοναχικό δάλαμο.

	ΟΧΙ	ΝΑΙ	P=0,0078++
<b>Μπορεί εύκολα να κάνει γνωριμίες</b>	(n=91)	(n=59)	
Όχι	23(25,3%)	4 (8,8%)	
Ναι	68 (74,7%)	55 (93,2%)	

	(n=90)	(n=58)	P=0,446
<b>Προτιμά να νοσηλεύεται στο δάλαμο μόνο ή με άλλα παιδιά</b>			
Μόνο του	23 (25,6%)	19 (32,8%)	
Με άλλα παιδιά	67 (74,4%)	39 (67,2%)	

Παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που δεν εμφάνισαν ψυχοσωματικές αντιδράσεις μπορεί εύκολα να αναπτύξει φιλικές σχέσεις και προτιμά να νοσηλεύεται σε δάλαμο με άλλα παιδιά, ενώ σε ένα σημαντικό ποσοστό τα παιδιά που εμφάνισαν ψυχοσωματικές αντιδράσεις, παρουσιάζει δυσκολία στην ανάπτυξη φιλικών σχέσεων και εκδηλώνει την επιθυμία να νοσηλεύεται σε μοναχικό δάλαμο.

**Πίνακας 3.7.** Σύγκριση των παιδιών που εμφανίζουν μυχοσωματικές αντιδράσεις ή όχι, ως προς το αν έχουν αδέρφια και αν τα αναζήτησαν όταν νοσηλεύτηκαν.

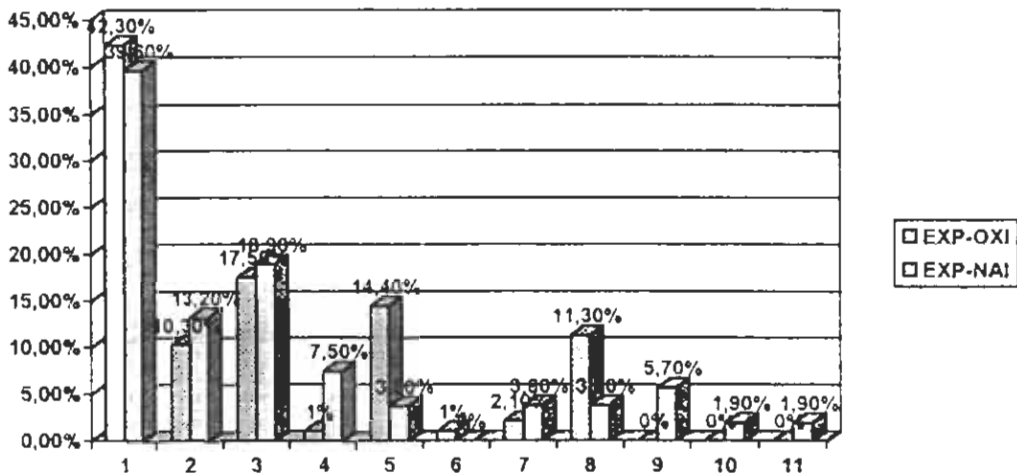
	OXI	NAI	
Έχει αδέρφια	(n=91)	(n=59)	P=0,099
Όχι	16 (17,6%)	18 (30,5%)	
Ναι	75 (82,4%)	41 (69,5%)	

Τα αναζήτησε όταν νοσηλεύτηκε	(n=75)	(n=41)	P=0,997
Όχι	9(12%)	5(12,2%)	
Ναι	66(88%)	36 (87,8%)	

Παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά, ανεξάρτητα με το αν παρουσίασαν μυχοσωματικές αντιδράσεις ή όχι, εκδήλωσαν ανάγκη για επικοινωνία με τα αδέρφια τους, κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο.

## ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Ιστόγραμμα 1: Σύγκριση των παιδιών που είχαν νοσηλευτεί με αυτά που δεν είχαν, ως προς τη διάγνωση.

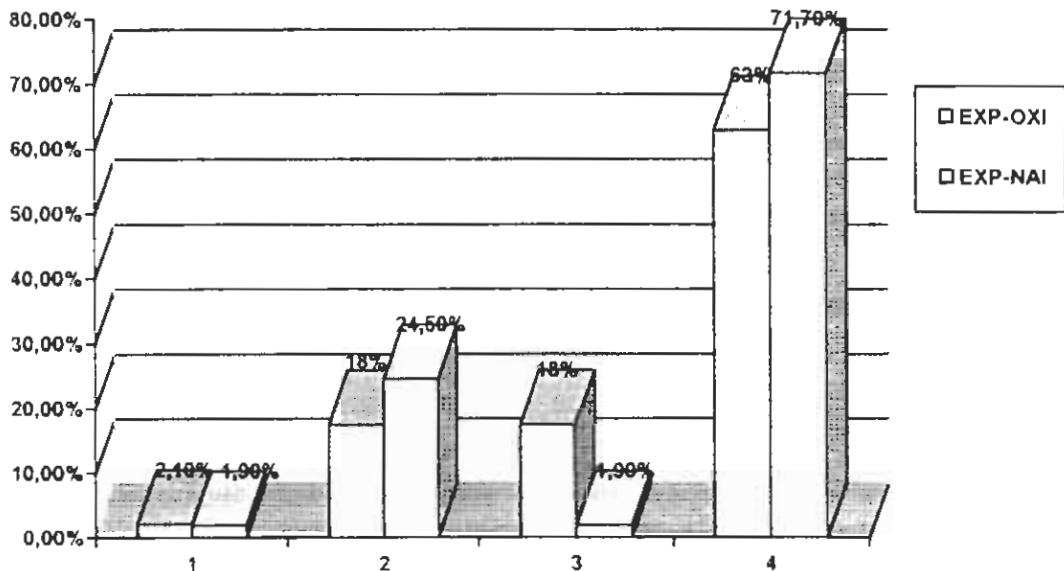


- Συμβολισμοί:
1. Αναπνευστικές δυσχέρειες
  2. Παθήσεις ουροποιητικού
  3. Παθήσεις γαστρεντερικού
  4. Αλλεργίες
  5. Ατυχήματα
  6. Μελιταίος πυρετός
  7. Χρόνιες παθήσεις
  8. Οξείες νόσοι
  9. Εχινόκοκκος-Ηπατίτιδα
  10. Νεφρωσικό σύνδρομο
  11. Επιληψία

Στο ιστόγραμμα 1 παρατηρούμε ότι τα παιδιά που εισάγονται για πρώτη φορά στο νοσοκομείο, σε σημαντικό ποσοστό πάσχουν από αναπνευστικές δυσχέρειες.



**Ιστόγραμμα 2 :** Σύγκριση των παιδιών που έχουν νοσηλευτεί στο νοσοκομείο με αυτά που δεν έχουν νοσηλευτεί, ως προς την ερώτηση: «Ποια η στάση του στη θέα της λευκής ρόμπας;».

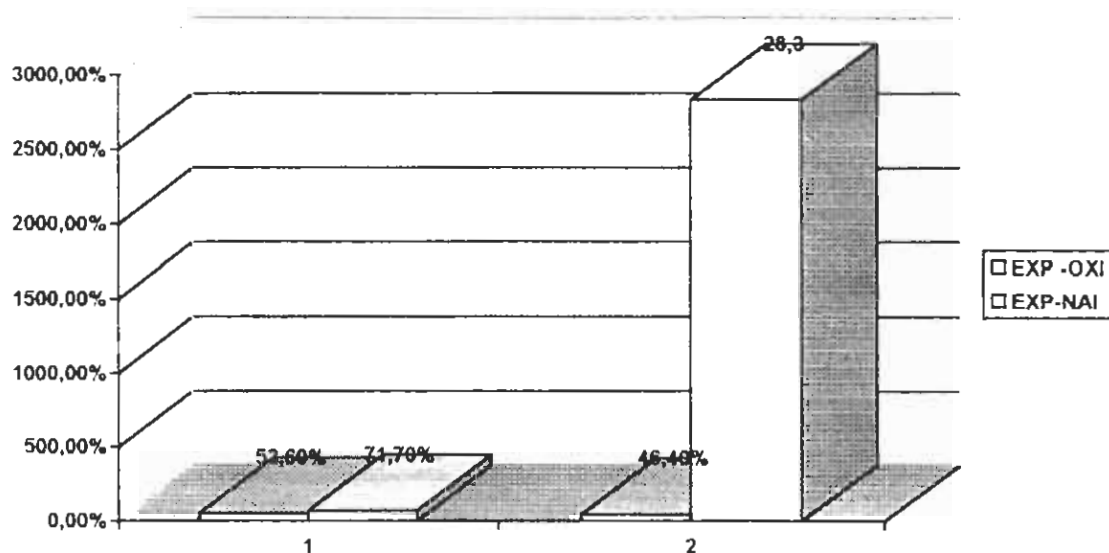


$P=0,041$

- Συμβολισμοί:
1. Επιθετικότητα
  2. Φόβος
  3. Άρνηση
  4. Συνεργασία

Στο ιστόγραμμα 2 διαπιστώνουμε ότι τα παιδιά που έχουν νοσηλευτεί ξανά στο νοσοκομείο, σε μεγάλο ποσοστό (71,7%) συνεργάζονται ευκολότερα στη θέα της λευκής ρόμπας, ενώ τα παιδιά που δεν έχουν άλλη εμπειρία νοσοκομείου (σαν ασθενείς) αντιδρούν με φόβο και άρνηση (17,5%).

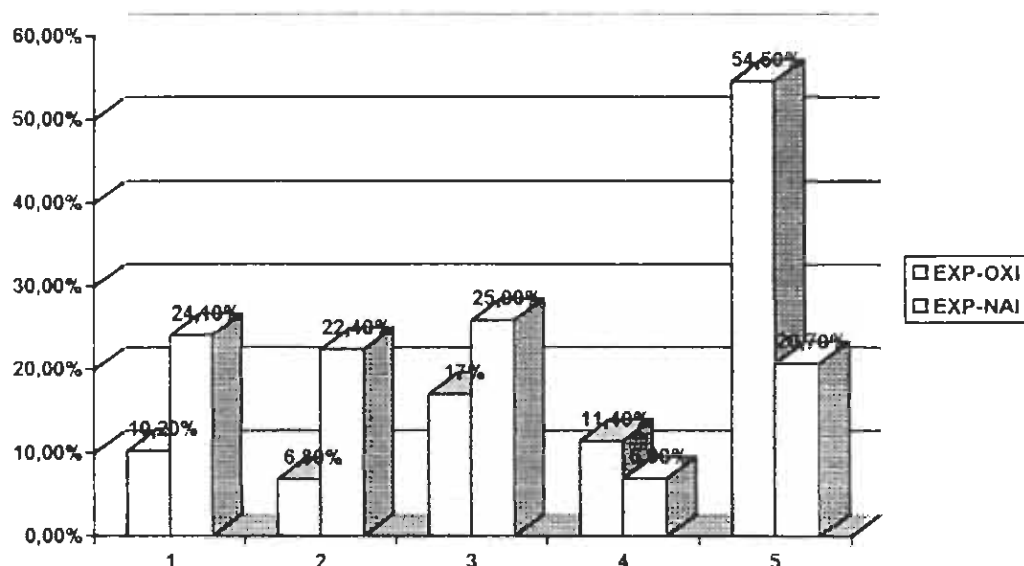
**Ιστόγραμμα 3:** Σύγκριση των παιδιών που έχουν νοσηλευτεί στο νοσοκομείο με αυτά που δεν έχουν, ως προς την ερώτηση: «Διαπιστώσατε διαταραχές στον ύπνο του μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο;».



$P=0,047$

**Σχόλιο:** Διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών (71,7%) που έχουν νοσηλευτεί και άλλη φορά στο νοσοκομείο, δεν παρουσιάζει διαταραχές ύπνου, ενώ επίσης ένα σημαντικό ποσοστό (46,4%) των παιδιών που δεν έχουν νοσηλευτεί ξανά, παρουσιάζει διαταραχές ύπνου κατά τις πρώτες μέρες (Νυχτερινή αφύπνιση).

**Ιστόγραμμα 4:** Σύγκριση των παιδιών που δεν εμφάνισαν ψυχοσωματικές αντιδράσεις με αυτά που εμφάνισαν, ως προς την ερώτηση: «Ποια ήταν η αντίδραση του παιδιού στην είδηση της εισαγωγής του στο νοσοκομείο;».

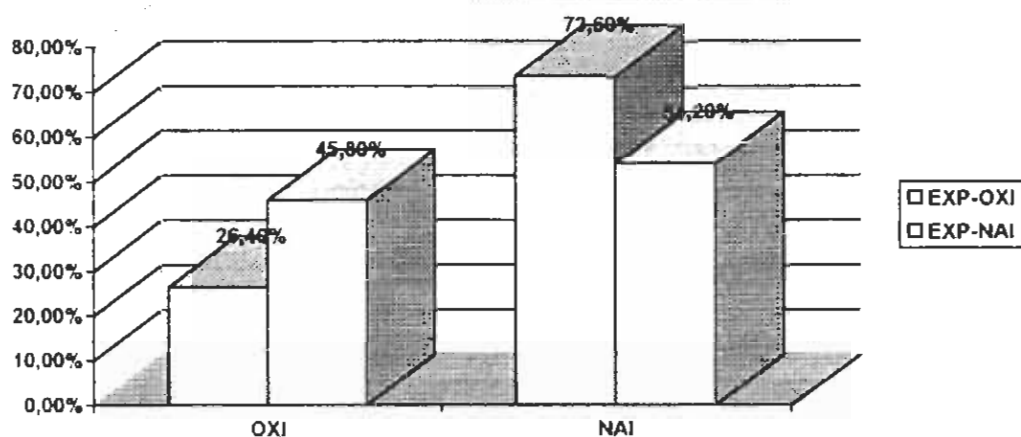


$P=0,00015$

- Συμβολισμοί:
1. Κλάμα
  2. Πανικός
  3. Άρνηση
  4. Αδιαφορία
  5. Αποδοχή

**Σχόλιο:** Παρατηρούμε ότι τα παιδιά που δεν παρουσίασαν ψυχοσωματικές αντιδράσεις, σε μεγάλο ποσοστό (54,5%) αποδέχτηκαν την είδηση της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο, ενώ αυτά που παρουσίασαν σε ποσοστό (25,9%) αρνήθηκαν.

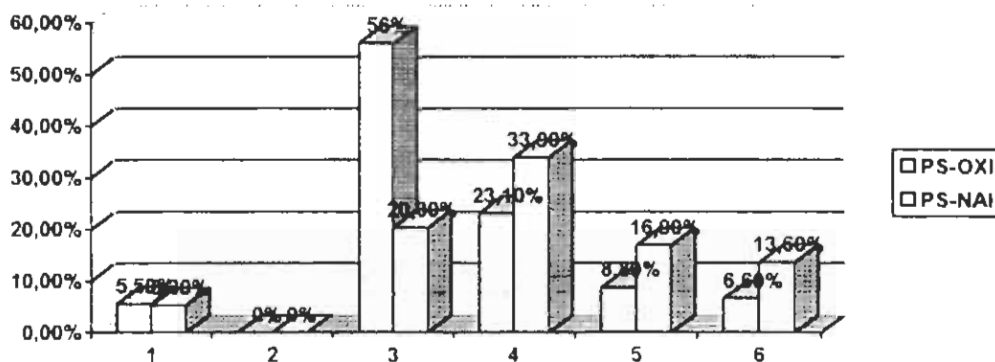
*Ιστόγραμμα 5: Σύγκριση των παιδιών που δεν εμφάνισαν ψυχοσωματικές αντιδράσεις με αυτά που εμφάνισαν, ως προς την ερώτηση: «Έχει επισκεφτεί άλλη φορά νοσοκομείο (πριν την εισαγωγή);».*



$P=0,023$

*Σχόλιο:* Διαπιστώσαμε ότι σε μεγάλο ποσοστό τα παιδιά και των δύο κατηγοριών έχουν επισκεφτεί νοσοκομείο στο παρελθόν.

**Ιστόγραμμα 6:** Σύγκριση των παιδιών που δεν εμφάνισαν ψυχοσωματικές αντιδράσεις με αυτά που εμφάνισαν, ως προς την ερώτηση: «Ποια ήταν η συμπεριφορά προς τους γονείς μετά την εισαγωγή του;».

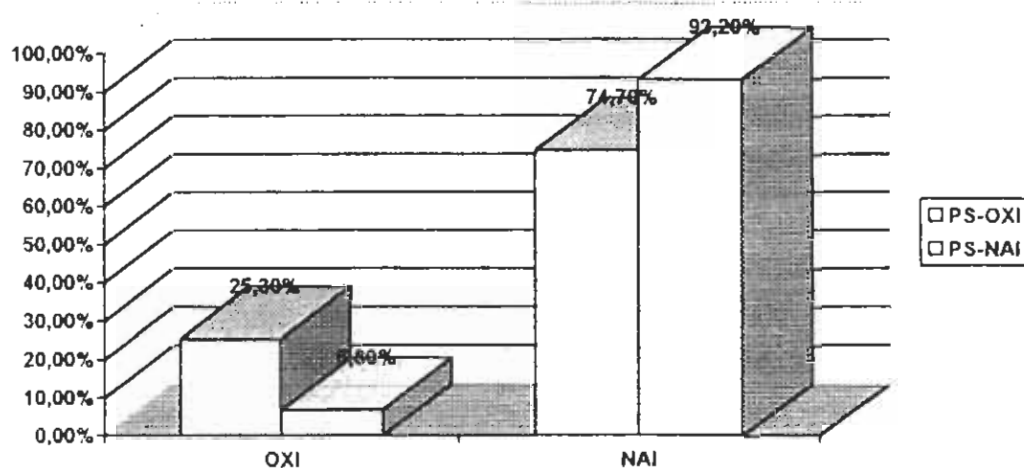


$P=0,00052$

- Συμβολισμοί:
1. Φυσιολογική
  2. Αδιάφορη
  3. Επιθετική
  4. Προσήλωση στη μητέρα
  5. Προσήλωση στον πατέρα
  6. Προσήλωση και στους δύο γονείς

**Σχόλιο:** Παρατηρούμε ότι τα παιδιά που δεν εμφάνισαν ψυχοσωματικές αντιδράσεις συνέχισαν να συμπεριφέρονται φυσιολογικά στους γονείς τους μετά την εισαγωγή τους, ενώ τα παιδιά με ψυχοσωματικές αντιδράσεις εκδήλωσαν μεγάλη προσήλωση στο πρόσωπο της μητέρας.

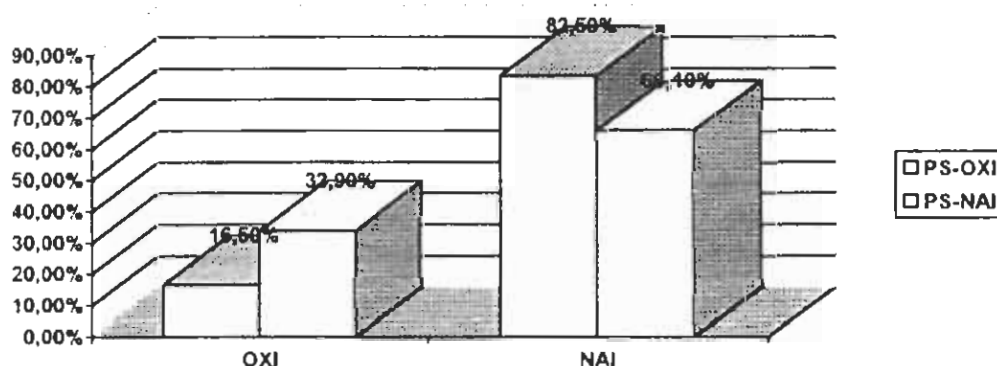
**Ιστόγραμμα 7:** Σύγκριση των παιδιών που δεν εμφάνισαν γυχοσωματικές αντιδράσεις με αυτά που εμφάνισαν, ως προς την ερώτηση: «Θα ήθελε έναν από τους γονείς μέσα στο δάλαμο κατά την ώρα της νοσηλείας;».



$P=0,0078$

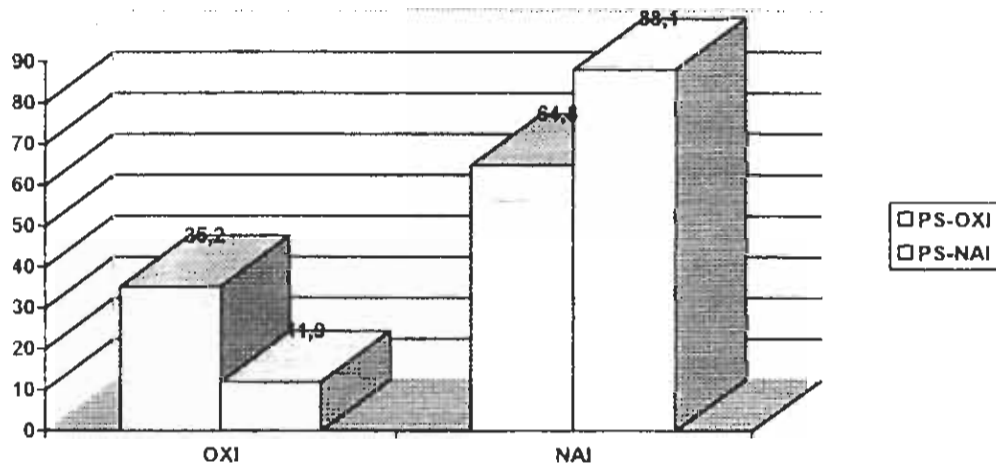
**Σχόλιο:** Διαπιστώνουμε ότι, τόσο τα παιδιά που δεν εμφάνισαν γυχοσωματικές αντιδράσεις, όσο και αυτά που εμφάνισαν, στο μεγαλύτερο ποσοστό θα ήθελαν έναν από τους δύο γονείς στο δάλαμο την ώρα της νοσηλείας.

**Ιστόγραμμα 8:** Σύγκριση των παιδιών που δεν εμφάνισαν ψυχοσωματικές αντιδράσεις με αυτά που εμφάνισαν, ως προς την ερώτηση: «Μπορεί εύκολα να κάνει γνωριμίες;».



**Σχόλιο:** Στο ιστόγραμμα 8 παρατηρούμε ότι τα παιδιά χωρίς ψυχοσωματικές αντιδράσεις εμφανίζουν μεγάλη κοινωνικότητα, ενώ τα παιδιά με ψυχοσωματικές αντιδράσεις εκδηλώνουν σημαντική δυσκολία στην ανάπτυξη φιλιών και γνωριμιών.

**Ιστόγραμμα 9:** Σύγκριση των παιδιών που δεν εμφάνισαν ψυχοσωματικές αντιδράσεις με αυτά που εμφάνισαν, ως προς την ερώτηση: «Αρνείται το παιδί να μείνει στη νοσοκομείο για κάποιες ώρες χωρίς την παρουσία των γονιών του;».



**Σχόλιο:** Στο ιστόγραμμα παρατηρούμε ότι, τόσο τα παιδιά που δεν εμφάνισαν ψυχοσωματικές αντιδράσεις, όσο και αυτά που εμφάνισαν, στο μεγαλύτερο ποσοστό αρνούνται να μείνουν για κάποιες ώρες στο νοσοκομείο χωρίς την παρουσία των γονιών τους.



## **ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ**

Τα μέτρα που περιγράφουν σχέσεις ανάμεσα σε συνεχείς μεταβλητές αναφέρονται γενικά σαν μέτρα συσχέτισεων, ή συντελεστές συσχέτισης (measures of correlation ή correlation coefficients).

Σκοπός τους είναι να περιγράφουν τη φύση της δύναμης μιας σχέσης ανάμεσα σε μεταβλητές. Ο συντελεστής συσχέτισης δείχνει την κατεύθυνση και τη δύναμη της παρατηρηθείσας σχέσης ανάμεσα σε δύο ομάδες παρατηρήσεων. Κυμαίνεται σε τιμή ανάμεσα στο -1.00, σε περίπτωση τέλει αρνητικής σχέσης) και στο +1.00, σε περίπτωση τέλει θετικής σχέσης. Η τιμή μηδέν δείχνει πλήρη έλλειψη σχέσης.

Ο συντελεστής συσχέτισης (Correlation Coefficient, R) αφ' ενός μεν συνορίζει την δύναμη της παραπάνω σχέσης, αφ' ετέρου δε, ελέγχει την Μηδενική Υπόθεση ( $H_0$ ) ότι ο συντελεστής συσχέτισης του πραγματικού πληθυσμού από τον οποίο προέρχεται το δείγμα, είναι μηδέν (δηλ. Ότι δεν υπάρχει συσχέτιση).

Ο συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson υπολογίζει την μήτρα των παραγοντικών ροπών των παραμέτρων που αναλύονται. Οι τιμές που μπορεί να λάβει ανήκουν στο διάστημα (-1, +1).

Ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman χρησιμοποιήθηκε για τις μη κανονικές κατανομές. Ο συντελεστής αυτός αθροίζει τα τετράγωνα των διαφορών σε όλα τα ζεύγη των τιμών και υπολογίζει ένα «σχετικό» μέτρο διαφοροποίησης. Οι τιμές που μπορεί να λάβει ανήκουν στο διάστημα (-1, +1).

Θετική συσχέτιση σημαίνει ότι και οι δύο μεταβλητές αυξάνουν ή μειώνονται ταυτόχρονα. Αρνητική συσχέτιση σημαίνει ότι όταν η μία μεταβλητή αυξάνεται η άλλη μειώνεται.

Στην παρούσα μελέτη, ενδείκνυται η χρησιμοποίηση του συντελεστή συσχέτισης του Spearman, ο οποίος μετρά τη μονοτονική σχέση ανάμεσα σε δύο παραμέτρους, αναφερόμενος στις τάξεις των τιμών. Μετρά κατά πόσο μία παράμετρος αυξάνεται ή μειώνεται παράλληλα με κάποια άλλη, ακόμα και όταν η σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών δεν είναι γραμμική ή Διωνυμική κανονική κατανομή.

Ηλικία	Συντελεστής συσχέτισης r	Επίπεδο σημαντικότητας P
Ένταση της αντίδρασης στην είδηση της εισαγωγής	0,164	0,048
Προηγούμενη επίσκεψη σε Νοσοκομείο	0,255	0,0016
Ένταση αντίδρασης στην 1 <sup>η</sup> νοσηλεία	0,253	0,0018
Αναζήτηση των γονιών στο δάλαμο	-0,28	0,00051
Κοινωνικότητα	0,195	0,017
Απομάκρυνση για κάποιο διάστημα από τους γονείς	0,321	0,00006
Ηλικία απομάκρυνσης από τους γονείς	0,828	<0,0001

Ύπαρξη αδελφιών	0,267	0,00097
Άρνηση να μείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	-0,265	0,001

Φύλο	r	P
Απομάκρυνση για κάποιο διάστημα από τους γονείς.	-0,171	0,036

Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	r	P
Ένταση της αντίδρασης στην είδηση της εισαγωγής	0,292	0,00035
Βαθμός συγγένειας ατόμου που το κρατά στο σπίτι	-0,277	0,0006
Αριθμός αδελφιών	-0,227	0,015

Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	r	P
Ύπαρξη άλλης νοσηλείας	-0,174	0,034
Ένταση της αντίδρασης στην είδηση της εισαγωγής	0,288	0,00042
Αιτία προηγούμενης επίσκεψης σε	-0,212	0,034

νοσοκομείο		
Βαθμός συγγένειας ατόμου που το κρατά στο σπίτι	-0,293	0,00027
Αριθμός αδελφών	-0,188	0,045
Εμφάνιση γυχοσωματικών αντιδράσεων	-0,162	0,021

Σχολείο	r	P
Ένταση αντίδρασης προς τους γονείς	-0,176	0,031
Απομάκρυνση για κάποιο διάστημα από τους γονείς	0,189	0,021

Ύπαρξη άλλης νοσηλείας	r	P
Διάστημα απομάκρυνσης από το σπίτι	0,295	0,04
Βαθμός συγγένειας ατόμου που το κρατά στο σπίτι	0,157	0,056
Αναζήτηση τρόπων απασχόλησης στο νοσοκομείο	-0,264	0,0011
Διαταραχές ύπνου	-0,164	0,045

Ιστορικό άλλης νοσηλείας για το ίδιο νόσημα	r	P
---	---	---

Αλλαγή των αντιδράσεων τις επόμενες μέρες	-0,296	0,033
Αναζήτηση των αδελφιών στο νοσοκομείο	-0,697	0,00002
Άρνηση να μείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	-0,474	0,0004

Ένταση της αντίδρασης στην είδηση της εισαγωγής	r	P
Προηγούμενη επίσκεψη σε νοσοκομείο	0,246	0,0028
Ένταση αντίδρασης προς τους γονείς	-0,184	0,026
Ένταση αντίδρασης στην 1 <sup>η</sup> νοσηλεία	0,292	0,00034
Αναζήτηση των γονιών στο θάλαμο	-0,27	0,001
Βαθμός συγγένειας ατόμου που το κρατά στο σπίτι	-0,17	0,04
Άρνηση να μείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	-0,304	0,00019
Διαταραχές ύπνου	-0,227	0,006
Ένταση αντίδρασης κατά την εισαγωγή	-0,37	0,00003
Συνεργασία με νοσηλευτές & γιατρούς	-0,517	<0,0001
Score	-0,466	<0,0001
Εμφάνιση ψυχοσωματικών αντιδράσεων	-0,419	<0,0001

Προηγούμενη επίσκεψη σε νοσοκομείο	-0,21	0,039
Ένταση αντίδρασης στην 1 <sup>η</sup> νοσηλεία	0,17	0,037
Αναζήτηση των γονιών στο θάλαμο	-0,183	0,025
Απομάκρυνση για κάποιο διάστημα από τους γονείς	0,16	0,05
Ηλικία απομάκρυνσης από τους γονείς	0,289	0,044
Ένταση αντίδρασης κατά την εισαγωγή	-0,259	0,0014
Συνεργασία με νοσηλευτές & γιατρούς	-0,271	0,0008
Score	-0,23	0,0042
Εμφάνιση ψυχο-σωματικών αντιδράσεων	-0,205	0,012

Απία προηγούμενης επίσκεψης σε νοσοκομείο	r	P
Διάστημα απομάκρυνσης από το σπίτι	0,35	0,035
Ύπαρξη αδελφιών	-0,223	0,025
Αναζήτηση τρόπων απασχόλησης στο νοσοκομείο	-0,288	0,0036
Διαταραχές διάθεσης για παιχνίδι	-0,192	0,056

Εκφοβισμός του παιδιού	r	P
Ένταση αντίδρασης στην 1 <sup>η</sup> νοσηλεία	-0,208	0,011
Ηλικία απομάκρυνσης από τους γονείς	-0,351	0,013
Διαταραχές όρεξης	0,219	0,007
Score	0,186	0,022
Εμφάνιση γυχοσωματικών αντιδράσεων	0,17	0,038

Ένταση αντίδρασης προς τους γονείς	r	P
Ένταση αντίδρασης στην 1 <sup>η</sup> νοσηλεία	-0,176	0,031
Αλλαγή των αντιδράσεων τις επόμενες μέρες	0,281	0,0005
Ένταση αντίδρασης κατά την εισαγωγή	0,275	0,0067
Score	0,20	0,014
Εμφάνιση γυχοσωματικών αντιδράσεων	0,182	0,026

Ένταση αντίδρασης στην 1 <sup>η</sup> νοσηλεία	r	P
Αλλαγή των αντιδράσεων τις επόμενες μέρες	-0,534	< 0,0001
Αναζήτηση των γονιών στο θάλαμο	-0,193	0,018

Κοινωνικότητα	0,169	0,038
Απομάκρυνση για κάποιο διάστημα από τους γονείς	0,172	0,035
Ηλικία απομάκρυνσης από τους γονείς	0,428	0,002
Ύπαρξη αδελφιών	0,174	0,033
Αναζήτηση των αδελφιών στο νοσοκομείο	-0,206	0,026
Άρνηση να μείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	-0,289	0,00034
Διαταραχές ύπνου	-0,278	0,0006
Διαταραχές όρεξης	-0,237	0,0036
Ένταση αντίδρασης κατά την εισαγωγή	-0,529	<0,0001
Score	-0,571	<0,0001
Εμφάνιση γυχοσωματικών αντιδράσεων	-0,477	<0,0001

Αλλαγή των αντιδράσεων τις επόμενες μέρες	r	P
Ηλικία απομάκρυνσης από τους γονείς	-0,40	0,0041
Βαθμός συγγένειας ατόμου που το κρατά στο σπίτι	-0,19	0,021
Άρνηση να μείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	0,167	0,042



*Ψυχολογική φόρτιση νοσηλευομένου παιδιού - Νοσηλευτική παρέμβαση*

Ένταση αντίδρασης κατά την εισαγωγή	0,27	0,0009
Score	0,175	0,032

Αναζήτηση των γονιών στο δάλαμο	r	P
Απομάκρυνση για κάποιο διάστημα από τους γονείς	-0,26	0,0015
Άρνηση να μείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	0,395	<0,0001
Διαταραχές ύπνου	0,21	0,012
Προτίμηση του σπιτιού για τη νοσηλεία	0,294	0,0003
Ένταση αντίδρασης κατά την εισαγωγή	0,20	0,016
Score	0,30	0,00017
Εμφάνιση γυχοσωματικών αντιδράσεων	0,24	0,0038

Επιζητά τους γονείς στο δάλαμο	r	P
Διαταραχές ούρησης / αφόδευσης	-0,203	0,03
Διαταραχές διάθεσης για παιχνίδι	-0,19	0,044

<b>Κοινωνικότητα</b>	<b>r</b>	<b>P</b>
Αναζήτηση της γνωριμίας άλλων παιδιών με την ίδια πάθηση	0,613	< 0,0001
Προτίμηση μοναχικού θαλάμου	0,531	<0,0001
Απομάκρυνση για κάποιο διάστημα από τους γονείς	0,256	0,0015
Ύπαρξη αδελφιών	0,341	0,00002
Βαθμός συγγένειας ατόμου που το κρατά στο σπίτι	-0,206	0,0113
Άρνηση να μείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	-0,219	0,007
Διαταραχές διάθεσης για παιχνίδι	-0,368	0,00004
Συνεργασία με νοσηλευτές & γιατρούς	-0,357	0,00007
Score	-0,235	0,004
Εμφάνιση ψυχοσωματικών αντιδράσεων	-0,201	0,014

<b>Αναζήτηση της γνωριμίας άλλων παιδιών με την ίδια πάθηση</b>	<b>r</b>	<b>P</b>
Προτίμηση μοναχικού θαλάμου	0,561	<0,0001
Απομάκρυνση για κάποιο διάστημα από τους γονείς	0,201	
Ύπαρξη αδελφιών	0,264	0,0011
Διαταραχές διάθεσης για παιχνίδι	-0,35	0,00001

Προτίμηση μοναχικού θαλάμου	r	P
Ύπαρξη αδελφιών	0,239	0,0035
Βαθμός συγγένειας ατόμου που το κρατά στο σπίτι	-0,162	0,049
Άρνηση να μείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	-0,172	0,036
Διαταραχές διάθεσης για παιχνίδι	-0,37	0,00004
Συνεργασία με νοσηλευτές & γιατρούς	-0,18	0,025
Score	-0,19	0,018

Απομάκρυνση για κάποιο διάστημα από τους γονείς	r	P
Άρνηση να μείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	-0,322	0,00006
Προτίμηση του σπιτιού για τη νοσηλεία	-0,26	0,0014
Αριθμός αδελφιών	-0,32	0,00063
Συνεργασία με νοσηλευτές & γιατρούς	-0,275	0,00067
Score	-0,212	0,0092

Ηλικία απομάκρυνσης από τους γονείς	r	P
Ύπαρξη αδελφιών	0,436	0,0017

Άρνηση να μείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	-0,332	0,02
Προτίμηση του σπιτιού για τη νοσηλεία	-0,297	0,038

Διάστημα απομάκρυνσης από το σπίτι	r	P
Διαταραχές διάθεσης για παιχνίδι	0,307	0,032
Αριθμός αδελφών	-0,403	0,009

Ύπαρξη αδελφών	r	P
Διαταραχές διάθεσης για παιχνίδι	-0,162	0,048
Συνεργασία με νοσηλευτές & γιατρούς	-0,23	0,0031

Αναζήτηση των αδελφών στο νοσοκομείο	r	P
Άρνηση να μείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	0,343	0,00017

Βαθμός συγγένειας ατόμου που το κρατά στο σπίτι	r	P
Score	-0,16	0,05

Αρνηση να μείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	r	P
Εμφάνιση ψυχο-σωματικών αντιδράσεων	0,228	0,005
Score	0,363	0,000005
Διαταραχές ύπνου	0,205	0,012
Προτίμηση του σπιτιού για τη νοσηλεία	0,245	0,0025
Ένταση αντίδρασης κατά την εισαγωγή	0,269	0,0009
Συνεργασία με νοσηλευτές & γιατρούς	0,254	0,002

Αναζήτηση τρόπων απασχόλησης στο νοσοκομείο	r	P
Διαταραχές ούρησης / αφόδευσης	-0,179	0,028
Αριθμός αδελφιών	0,211	0,0025

Διαταραχές ύπνου	r	P
Διαταραχές όρεξης	0,425	<0,0001
Διαταραχές ούρησης / αφόδευσης	0,222	0,0064
Ένταση αντίδρασης κατά την εισαγωγή	0,195	0,017
Συνεργασία με νοσηλευτές & γιατρούς	0,243	0,0027

Διαταραχές όρεξης	r	P
Διαταραχές ούρησης / αφόδευσης	0,275	0,0007
Προτίμηση του σπιτιού για τη νοσηλεία	0,229	0,005
Ένταση μείωσης κατά την εισαγωγή	0,166	0,0422

Διαταραχές ούρησης / αφόδευσης	r	P
Διαταραχές διάθεσης για παιχνίδι	0,211	0,0096

Διαταραχές διάθεσης για παιχνίδι	r	P
Προτίμηση του σπιτιού για τη νοσηλεία	0,157	0,055
Συνεργασία με νοσηλευτές & γιατρούς	0,177	0,0302

Ένταση αντίδρασης κατά την εισαγωγή	r	P
Συνεργασία με νοσηλευτές & γιατρούς	0,0319	0,00007

## **ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ**

Με βάση τα περιεχόμενα της πτυχιακής μας εργασίας και τα αποτελέσματα της έρευνας διασπιστώνουμε ότι ένα παιδί δεν μένει ανεπηρέαστο από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Επηρεάζεται ποικιλοτρόπως και παρουσιάζει διαφόρου σημαντικότητας ψυχοσωματικές αντιδράσεις που οφείλονται σε παράγοντες τους οποίους θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε.

Η ηλικία του παιδιού που νοσηλεύεται, παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του παιδιού, τόσο ευκολότερα αυτό προσαρμόζεται στην νέα κατάσταση. Έτσι λοιπόν, στα μεγαλύτερα παιδιά παρατηρείται αντίδραση μειωμένης έντασης στην είδηση της εισαγωγής, καθώς και στην 1<sup>η</sup> νοσηλεία. Ταυτόχρονα το φαινόμενο της αναζήτησης των γονέων μέσα στο θάλαμο την ώρα της νοσηλείας και της άρνησης του παιδιού να μείνει κάποιες ώρες στο ίδρυμα χωρίς τους γονείς, μειώνεται κατακόρυφα. Αξιίζει να σημειωθεί ότι η κοινωνικότητα του παιδιού δεν μειώνεται.

Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων αντανακλά ανάλογες μορφές συμπεριφοράς στο παιδί. Οι αντιδράσεις των παιδιών με γονείς υψηλού μορφωτικού επιπέδου είναι πιο ήπιες και προσαρμόζονται ευκολότερα στις απαιτήσεις του νοσοκομείου. Παρατηρείται δηλαδή μείωση της έντασης της αντίδρασης στην είδηση της εισαγωγής και περιορισμένη εμφάνιση ψυχοσωματικών αντιδράσεων. Το ιστορικό άλλης νοσηλείας του παιδιού για το ίδιο νόσημα αποτελεί παράγοντα που αξίζει να αναφερθεί. Προηγούμενη εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο για το

ίδιο νόσημα μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχής ύπνου, και της άρνησης του να μείνει για κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς. Επίσης μειώνεται η ανάγκη αναζήτησης επικοινωνίας με τα αδέρφια του, και η αναζήτηση τρόπων απασχόλησης του εντός του νοσοκομείου.

Η προηγούμενη επίσκεψη του παιδιού στο νοσοκομείο αποτελεί ερέθισμα που επηρεάζει τη συμπεριφορά του. Παρατηρείται αρνητική συμβολή του παράγοντα αυτού στη συνεργασία του παιδιού με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και στην εμφάνιση των ψυχοσωματικών αντιδράσεων του.

Ο εκφοβισμός του παιδιού με την απειλή της ένεσης ή της επίσκεψης στο γιατρό, επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του παιδιού, καθ' ότι αυξάνει την ένταση της αντίδρασης του στην 1<sup>η</sup> νοσηλεία, την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών όρεξης, καθώς επίσης την ένταση και εμφάνιση των ψυχοσωματικών αντιδράσεων του.

Η ευνοϊκή αντίδραση του παιδιού στην πρώτη νοσηλεία έχει θετικά αποτελέσματα στην περαιτέρω παραμονή του στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, η στάση του παιδιού απέναντι στην πρώτη νοσηλεία είναι θετική εφόσον έχει προηγηθεί ενημέρωση του για την εισαγωγή στο νοσοκομείο, έχει πραγματοποιηθεί κατά το παρελθόν επίσκεψή του στο χώρο και εμφανίζει μειωμένη τάση προσκόλλησης προς τους γονείς του.

Συνεπώς η συνεργασία του παιδιού στην πρώτη νοσηλεία δύναται να οδηγήσει στη μείωση των διαταραχών του ύπνου και της όρεξης, καθώς και στην ελάττωση της έντασης της εμφάνισης ψυχοσωματικών αντιδράσεων.



Αξια λόγου είναι η διαπίστωση της θετικής αντίδρασης σημαντικού αριθμού παιδιών στις επόμενες νοσηλείες. Η βελτίωση της συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα εμφανής στα παιδιά, των οποίων το ιστορικό μαρτυρά απομάκρυνση για κάποιο διάστημα από τους γονείς σε μικρή ηλικία, καθώς και παραμονής τους στο σπίτι υπό την επίβλεψη ατόμου με μικρό βαθμό συγγένειας. Επίσης στη βελτίωση της συμπεριφοράς του παιδιού συμβάλλουν η καλή συμπεριφορά του προσωπικού, η επεξήγηση των διαδικασιών που θα υποστεί καθώς και η συνήθεια και εξοικείωση με το περιβάλλον και τη νέα κατάσταση.

Η παρουσία των γονέων μέσα στο θάλαμο ασκεί ευνοϊκή επίδραση στη συμπεριφορά του παιδιού. Αυξημένη ανάγκη παρουσίας των γονέων διαπιστώνεται σε περιπτώσεις παιδιών στις οποίες δεν έχει προηγηθεί απομάκρυνση τους από το σπίτι και τους γονείς, και είναι εμφανής η επιθυμία τους για πραγματοποίηση της νοσηλείας στο σπίτι. Αξίζει επίσης να τονιστεί ότι η ψυχολογική υποστήριξη που επιτυγχάνεται από την παρουσία των γονέων, έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση των διαταραχών ούρησης και αφόδευσης καθώς και των διαταραχών της διάθεσης για παιχνίδι.

Η παραμονή σε μοναχικό θάλαμο, που είναι επιθυμία μικρού ποσοστού παιδιών, οφείλεται στην ανάγκη τους για ηρεμία οδηγώντας έτσι στη μείωση των ψυχοσωματικών αντιδράσεων τους. Παρατηρήθηκε όμως, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών εκδήλωσε την επιθυμία ανάπτυξης γνωριμιών και φιλικών σχέσεων με άλλα παιδιά στο θάλαμο.

Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι σχετικά μικρά ποσοστά από το σύνολο των νοσηλευόμενων παιδιών παρουσίασαν σημαντική απόκλιση από τις φυσιολογικές λειτουργίες ούρησης, αφόδευσης και ύπνου. Οι διαταραχές που κυρίως παρατηρήθηκαν αφορούν τη δυσκοιλιότητα, και κατά δεύτερο λόγο την συχνουρία. Άξιο αναφοράς είναι οι διαταραχές ύπνου που διαπιστώθηκαν σε μεμονωμένες περιπτώσεις παιδιών όπως νυχτερινή αφύπνιση και ανησυχία.

## **ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΒΗΜΑΤΑ**

Θέλουμε να εξετάσουμε την εξάρτηση μιας παραμέτρου  $y$ , από τις μεταβλητές:  $x_1, x_2, \dots, x_n$  και χρησιμοποιούμε την εξίσωση παλινδρόμησης (Regression Equation), για να απεικονίσουμε αυτές τις σχέσεις.

Επειδή κάποιες από τις μεταβλητές που περιγράφονται παραπάνω σχετίζονται μεταξύ τους, ίσως αποδειχθεί δύσκολο να έχουμε την πρόγνωση για ένα συγκεκριμένο άτομο. Γι' αυτό τον λόγο, απαιτείται πολυπαραγοντική μεθοδολογία η οποία επιτρέπει στις μεταβλητές να ενεργούν ταυτόχρονα, ώστε η σχετική σημασία κάθε μιας από αυτές να μπορεί να καθοριστεί.

Έτσι χρησιμοποιούμε το Μοντέλο Πολλαπλής Παλινδρόμησης κατά βήματα (Stepwise Multiple Regression Model) για να προσδιορίσουμε την σχετική σημασία των προαναφερόμενων μεταβλητών.

Το μοντέλο αυτό εξετάζει την καταλληλότητα «εισόδου» στην εξίσωση κάθε προγνωστικής παραμέτρου με βάση κάποια προκαθοριζόμενα κριτήρια ελέγχου εισόδου και εξόδου. Σε κάθε βήμα αυτής της ανάλυσης παλινδρόμησης, εκτελούνται ξεχωριστές παλινδρομήσεις προσθέτοντας κάθε φορά την παράμετρο εκείνη η οποία παίζει σημαντικότερο ρόλο στην «ερμηνεία» της εξεταζόμενης μεταβλητής  $y$ .

Μετά το  $k$  βήμα παρατηρούμε ότι το μοντέλο που επιλέχθηκε σαν καταλληλότερο υποθέτει ότι η σχέση μεταξύ του  $y$  και των:  $x_1, x_2, \dots, x_n$  δίνεται από την σχέση:

$$y = b_1 \cdot x_1 + b_2 \cdot x_2 + \dots + b_i \cdot x_i$$

όπου  $b_i (i=1,2)$  είναι οι συντελεστές παλινδρόμησης οι οποίοι πρέπει να εκτιμηθούν.

Από την ανάλυση διασποράς (ANOVA: Analysis of Variance), προκύπτει ότι (εφόσον  $P < 0,05$ ) υπάρχει γραμμική σχέση ανάμεσα στην (εξαρτημένη μεταβλητή)  $y$  και τις ανεξάρτητες μεταβλητές:  $x_1, x_2, \dots, x_i$ .

Ο συντελεστής προσδιορισμού (R-Square) δείχνει την αναλογία της διασποράς των τιμών της μεταβλητής  $y$  η οποία «εξηγείται» από τις μεταβλητές:  $x_1, x_2, \dots, x_i$ . Ο συντελεστής αυτός (R-Square) αποτελεί μέτρο καταλληλότητας της προσαρμογής της εξίσωσης παλινδρόμησης στην πραγματική κατάσταση. Με αυτόν τον τρόπο, είναι δυνατόν να προβλέψουμε την τιμή που θα πάρει η  $y$  βασιζόμενοι στις αρχικές τιμές των:  $x_1, x_2, \dots, x_i$ .

Στην συνέχεια, δίνονται οι συσχετίσεις που βρέθηκαν μεταξύ των συντελεστών παλινδρόμησης. Η μήτρα των συντελεστών συσχέτισης είναι συμμετρική.

Τέλος δίνονται τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για τους συντελεστές παλινδρόμησης.

## ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η πολυπαραγοντική ανάλυση που έγινε, είχε σαν στόχο:

- α) Να εκτιμήσει την ένταση των ψυχοσωματικών αντιδράσεων όσο και
- β) Την πιθανότητα εμφάνισης τους, λαμβάνοντας υπόψη το συντελεστή συσχέτισης διαφόρων παραγόντων πιθανής προγνωστικής σημασίας.

### α. Εκτίμηση της έντασης των ψυχοσωματικών αντιδράσεων

Η ιεράρχηση των προγνωστικών παραγόντων στην πρόβλεψη της έντασης των ψυχοσωματικών αντιδράσεων, έχει ως ακολούθως.

- 1<sup>ο</sup> Βήμα: Συμπεριφορά προς τους γονείς μετά την εισαγωγή
- 2<sup>ο</sup> Βήμα: Άρνηση των παιδιών να παραμείνουν στο νοσοκομείο χωρίς τους γονείς
- 3<sup>ο</sup> Βήμα: Αναζήτηση των γονιών μέσα στο δάλαμο κατά την νοσηλεία
- 4<sup>ο</sup> Βήμα: Εκφοβισμός με την περιγραφή ένεσης ή την επίσκεψη στο γιατρό
- 5<sup>ο</sup> Βήμα: Προτίμηση για μοναχικό δάλαμο

Model Fitting results for PS score

Independent variable		Coefficient	std error	
Εκφοβισμός	1,203042	0,419357	2,8688	0,0048
Αντιδράσεις προς γονείς	0,566821	0,142004	39916	0,0001
Αναζήτηση των γονέων μέσα στο δάλαμο	1,863496	0,531808	35041	0,0006
Προτίμηση για μοναχικό δωμάτιο	0,824342	0,31083	2,6521	0,0089
Άρνηση να παραμείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς	2,059045	0,472446	4,3583	0,0000

Καταλήξαμε στην παρακάτω εξίσωση με την οποία μπορούμε να εκτιμήσουμε την ένταση των ψυχοσωματικών αντιδράσεων, σε βαθμό ακρίβειας 89,74% (P:0.00001).

**Ένταση των ψυχοσωματικών αντιδράσεων:** 1,2 (εκφοβισμός) + 0,567 (αντίδραση προς γονείς) + 1,86 (αναζήτηση των γονιών μέσα στο θάλαμο) + 0,824 (προτίμηση για μοναχικό δωμάτιο) + 2,06 (άρνηση να παραμείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς).

Κωδικοποίηση, όπου

Εκφοβισμός: 0= Όχι  
1= Ίσως  
2= Ναι

Αντίδραση προς γονείς 1= επιθετική  
2= αδιάφορη  
3= φυσιολογική  
4= προσήλωση και στους δύο γονείς  
5= προσήλωση στον ένα γονέα:  
1= πατέρα  
2= μητέρα

Αναζήτηση των γονιών μέσα στο θάλαμο: 0= όχι  
1 = Ναι

Προτίμηση για μοναχικό δωμάτιο: 1=μονό  
2= με άλλα παιδιά

Άρνηση να παραμείνει κάποιες ώρες:

χωρίς τους γονείς

1= Ναι

0=Όχι

### ***β. Εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης ψυχοσωματικών αντιδράσεων***

Στην πρόγνωση της εμφάνισης ή όχι ψυχοσωματικών αντιδράσεων σημαντικό ρόλο παίζουν κατά σειρά:

1<sup>ο</sup> = Αντίδραση στην είδηση της εισαγωγής στο νοσοκομείο.

2<sup>ο</sup> = Άρνηση να παραμείνει κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς.

3<sup>ο</sup> = Αναζήτηση κάποιου γονιού στο θάλαμο κατά τη νοσηλεία.

4<sup>ο</sup> = Κοινωνικότητα των παιδιών.

5<sup>ο</sup> = Συμπεριφορά προς τους γονείς.

Και η εξίσωση στην οποία καταλήγουμε έχει την παρακάτω μορφή:

***Πιθανότητα εμφάνισης ψυχοσωματικών αντιδράσεων:***  $-0,61 - 0,45$   
(αντίδραση στην είδηση της εισαγωγής - ανασταλτικός παράγοντας) +  
 $0,683$  (άρνηση να μείνει για λίγο χωρίς τους γονείς - επιβαρυντικός  
παράγοντας) +  $1,03$  (αναζήτηση των γονέων μέσα στο θάλαμο - επιβαρ.  
Παράγοντας) -  $0,72$  (κοινωνικότητα - αναστ. παράγοντας) +  $0,55$   
(εκφοβισμός - επιβαρ. παράγοντας) +  $0,19$  (αντίδραση προς τους γονείς -  
επιβ. παράγοντας).

Ανασταλτικός παράγοντας → Μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης  
ψυχοσωματικών αντιδράσεων,

Επιβαρυντικός παράγοντας → Αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης  
μυχοσωματικών αντιδράσεων,

Κωδικοποίηση, όπου:

Αντίδραση στην είδηση της εισαγωγής:	1= Πανικός 2= Κλάμα 3= Αρνηση 4= Αδιαφορία 5= Αποδοχή
Αρνηση να μείνει για λίγο χωρίς τους γονείς	0= Όχι 1= Ναι
Κοινωνικότητα	0= Όχι 1= Ναι
Εκφοβισμός	0= Όχι 1= Ίσως 2= Ναι
Αντίδραση προς τους γονείς	1= Επιθετική 2= Αδιάφορη 3= Φυσιολογική 4= Προσήλωση και στους δύο γονείς 5= Προσήλωση στον έναν γονέα: 1=πατέρα 2= μητέρα



## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Μέσω της εργασίας μας γίνεται μια προσπάθεια να βρεθούν και να αναλυθούν τα προβλήματα που παρουσιάζονται στο παιδί μετά από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Όπως επίσης να μελετηθούν οι παράγοντες που συντελούν στην αντίδραση του κάθε παιδιού ξεχωριστά (ανάλογα με τη σοβαρότητα της ασθένειας του) και που καθορίζουν ως ένα σημείο την εξέλιξη της κατάστασής του.

Τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη στα ιδρύματα:

- 1) Νομού Έβρου α) Π.Π.Γ.Ν.Α. στην Αλεξανδρούπολη
- 2) Νομού Αττικής α) Αγλαΐα Κυριακού, β) Αγία Σοφία
- 3) Νομού Αχαΐας α) Π.Π.Γ.Ν. του Ρίου, β) Νοσοκομείο Παίδων Καραμανδάνειο, διαπιστώνουμε ότι ένα παιδί δεν μένει ανεπηρέαστο από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Επηρεασμένο από διάφορους παράγοντες παρουσιάζει ποικίλες αντιδράσεις.

Αρχίζοντας από τα γενικά χαρακτηριστικά ενός παιδιού και αναφερόμενοι στον παράγοντα φύλο, αξίζει να αναφέρουμε ότι δεν παρατηρήθηκε αξιόλογη διαφοροποίηση στη συμπεριφορά των παιδιών των δύο φύλων. Αντίθετα σημαντική είναι η επίδραση του παράγοντα ηλικία, που μας οδηγεί στη διαπίστωση ομαλής και προσαρμοσμένης συμπεριφοράς των παιδιών καθώς αυτή αυξάνεται.

Στα παιδιά που κατά το παρελθόν έχουν επισκεφτεί νοσοκομείο, παρατηρούμε πιο ευνοϊκή συμπεριφορά και ευκολότερη προσαρμογή στις νέες συνθήκες.

Στην είδηση της εισαγωγής στο νοσοκομείο τα παιδιά παρουσιάζουν ποικιλία αντιδράσεων. Τα περισσότερα από αυτά αποδέχονται ομαλά την είδηση, ενώ ένας μικρότερος αριθμός παιδιών παρουσιάζει άρνηση και αντιδρά με κλάμα. Ελάχιστος είναι ο αριθμός των παιδιών που δέχεται την είδηση με αδιαφορία και απάθεια.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αντιδράσεις κατά την εισαγωγή είναι ίδιες με αυτές που εμφανίζονται στην είδηση της εισαγωγής, με μοναδική διαφορά την τάση ορισμένων παιδιών να παρουσιάζουν κατάθλιψη, επηρεασμένα από το περιβάλλον του νοσοκομείου.

Η συμπεριφορά των παιδιών μετά την εισαγωγή παραμένει φυσιολογική, απέναντι στους γονείς, με αυξημένη τάση προσήλωσης στο πρόσωπο της μητέρας. Ελάχιστα είναι τα παιδιά που εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά, ενώ δεν διαπιστώνεται κανένα δείγμα αδιαφορίας.

Τα περισσότερα παιδιά εκδηλώνουν την ανάγκη παρουσίας των γονέων μέσα στο θάλαμο κατά την ώρα της νοσηλείας, εξαιτίας της μεγάλης ασφάλειας και σιγουριάς που αισθάνονται, καθώς και άρνηση να παραμείνουν στο νοσοκομείο για κάποιες ώρες, χωρίς την παρουσία αυτών.

Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι, οι γονείς σήμερα αποφεύγουν να εκφοβίζουν τα παιδιά τους με την απειλή της επίσκεψής τους στο γιατρό ή την περιγραφή της σχέσης φοβούμενοι ίσως την πρόκληση φοβιών σε αυτά.

Στη θέα της λευκής ρόμπας, το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών εμφανίζει προθυμία για συνεργασία, ενώ δεν απουσιάζει το σύνολο εκείνων των παιδιών που αντιδρά με φόβο και άρνηση.

Παρατηρούμε ότι σε αναλογία 3/4 τα παιδιά δεν παρουσιάζουν δυσκολία στην ανάπτυξη φιλικών σχέσεων και εκδηλώνουν την επιθυμία να νοσηλευτούν στο θάλαμο με άλλα παιδιά. Η ηρεμία είναι ο βασικός παράγοντας που οδηγεί ένα μικρό αριθμό παιδιών στην επιθυμία να νοσηλευτούν σε μοναχικό θάλαμο.

Η πλειοψηφία των παιδιών παρουσιάζει συνεργασία κατά την πρώτη νοσηλεία, χωρίς όμως να απουσιάζουν οι εκδηλώσεις άρνησης, κλάματος και ταραχής. Οι τελευταίες αντιδράσεις, είναι δυνατό να αλλάξουν λόγω συνήθειας και εξοικείωσης των παιδιών με το περιβάλλον του νοσοκομείου.

Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι σχετικά μικρό ποσοστό από το σύνολο των νοσηλευόμενων παιδιών παρουσιάζει σημαντική απόκλιση από τις φυσιολογικές λειτουργίες ούρησης αφόδευσης και ύπνου. Οι διαταραχές που κυρίως παρατηρούνται αφορούν τη δυσκοιλιότητα και κατά δεύτερο λόγο τη συχνουρία. Αξία αναφοράς είναι οι διαταραχές ύπνου που διαπιστώνονται σε μεμονωμένες περιπτώσεις παιδιών, όπως νυχτερινή αφύπνιση και ανησυχία.

Η οικογένεια αποτελεί το μέγιστο αγαθό για όλους. Τα περισσότερα παιδιά αν και αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα και την σπουδαιότητα της νοσηλείας που εφαρμόζεται στο νοσοκομείο, εκδηλώνουν την επιθυμία η νοσηλεία να εφαρμόζεται στο σπίτι, το περιβάλλον του οποίου τους προσφέρει μεγαλύτερη ασφάλεια, ζεστασιά οικειότητα και γαλήνη.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Στην είδηση της εισαγωγής στο νοσοκομείο διαπιστώσαμε ποικιλία αντιδράσεων. Τα περισσότερα από τα παιδιά αποδέχτηκαν ομαλά την είδηση, ενώ ένας μικρότερος αριθμός παιδιών παρουσίασε άρνηση και αντέδρασε με κλάμα. Μικρός αριθμός παιδιών εκδήλωσε αδιαφορία και συμπεριφέρθηκε με απάθεια.

Οι αντιδράσεις κατά την εισαγωγή ήταν ίδιες με αυτές που εμφανίστηκαν στην είδηση της εισαγωγής, με μοναδική διαφορά την τάση ορισμένων παιδιών να παρουσιάζουν κατάθλιψη επηρεασμένα από το περιβάλλον του νοσοκομείου.

Η συμπεριφορά των παιδιών μετά την εισαγωγή παρέμεινε φυσιολογική απέναντι στους γονείς με αυξημένη τάση προσήλωσης στο πρόσωπο της μητέρας. Ελάχιστα ήταν τα παιδιά που εκδήλωσαν επιθετική συμπεριφορά, ενώ δεν διαπιστώθηκε κανένα δείγμα αδιαφορίας .

Το ιστορικό άλλης νοσηλείας του παιδιού για το ίδιο νόσημα, αποτελεί παράγοντα που αξίζει να ειπωθεί. Προηγούμενη εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο για το ίδιο νόσημα, μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχής ύπνου και της άρνησης του να μείνει για κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς. Επίσης μειώνεται η ανάγκη αναζήτησης επικοινωνίας με τα αδέρφια του και η αναζήτηση τρόπων απασχόλησής του νοσοκομείου.

Η προηγούμενη επίσκεψη του παιδιού στο νοσοκομείο αποτελεί ερέθισμα που επηρεάζει την συμπεριφορά του. Παρατηρείται αρνητική

συμβολή του παράγοντα αυτού στη συνεργασία του παιδιού με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και στην εμφάνιση των ψυχοσωματικών αντιδράσεών του.

Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι σχετικά μικρά ποσοστά από το σύνολο των νοσηλευόμενων παιδιών παρουσίασαν σημαντική απόκλιση από τις φυσιολογικές λειτουργίες ούρησης, αφόδευσης και ύπνου. Οι διαταραχές που κυρίως παρατηρήθηκαν αφορούν τη δυσκοιλιότητα και κατά δεύτερο λόγο τη συχνουρία. Άξιο αναφοράς είναι οι διαταραχές ύπνου που διαπιστώθηκαν σε μεμονωμένες περιπτώσεις παιδιών, όπως νυχτερινή αύπνία και ανησυχία.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια διερεύνησης της ψυχολογικής-συναισθηματικής φόρτισης των παιδιών που νοσηλεύονται σε παιδιατρικές κλινικές του νοσοκομείου της χώρας μας.

Τα παιδιά αποτελούν μια ιδιαίτερα ευαίσθητη ομάδα που απαιτεί ειδική παιδαγωγική μεταχείριση και προστασία.

Η προστασία αυτή και η ειδική παρέμβαση επιβάλλεται ακόμη περισσότερο όταν το παιδί εισάγεται, έκτακτα ή προγραμματισμένα σε Νοσηλευτικό ίδρυμα προκειμένου να υποβληθεί σε διαγνωστικό έλεγχο ή να νοσηλευτεί για νόσημα απλό, οξύ, ανίατο ή και θανατηφόρο.

Στην μελέτη αυτή κατεγράφησαν οι απόψεις και εμπειρίες 150 παιδιών και γονέων (τα οποία νοσηλεύτηκαν σε παιδιατρικές κλινικές).

Τα σημαντικότερα αποτελέσματα μετά τη σχετική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, παρουσιάζουν: αποδοχή από μέρους των παιδιών στην είδηση της εισαγωγής ( $P = 0,00015$ ), φυσιολογική συμπεριφορά των παιδιών απέναντι στους γονείς μετά την εισαγωγή, με αυξημένη τάση προσήλωσης στο πρόσωπο της μητέρας ( $P = 0,0005$ ).

Ανάγκη παρουσίας των γονέων στο θάλαμο κατά την ώρα της νοσηλείας ( $P = 0,0078$ ).

Άρνηση του παιδιού να μείνει στο νοσοκομείο κάποιες ώρες χωρίς τους γονείς του ( $P = 0,003$ ).

## SUMMARY

At this present homework we tried to check the children psychological and sentimentally who is in hospital in pediatrics clinics of hospitals of our country.

Kids are special sensitive team who needs specific pedagogic treatment and caress.

This caress and the specific interposition is more important when the kid goes to the hospital specially or scheduled in order to make some health tests or to be in hospital just for a simple or acid, incurable or deadly sicknes.

In this homework have been written the opinions and experiences of 150 children and parents (which are in hospital in pediatrics clinics).

The most important results after the analysis that was done sees: That the kids accept the news of insertion at the hospital ( $P=0,00015$ ) normal behavior of the kids at their parents after the insertion, and more attention at their mother face ( $P=0,0005$ ).

They need their parents to be at the same room when they examined from the doctors ( $P=0,0078$ ).

Also they dined to stay at the hospital for a few hour without their parents ( $P=0,003$ ).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Χατζηπάνου-Αντωνοπούλου Π.: «Παιδιατρική Νοσηλευτική και μονάδες», Πρακτικά 12<sup>ου</sup> Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα 1985.
2. Παπαιοκονόμου-Αποστολοπούλου Α.: «Αποστολή και λειτουργία τμημάτων νοσοκομείου», Τόμος IV, Οργανισμός εκδόσεων διδακτικών βιβλίων, Αθήνα 1989.
3. Πουλοπούλου Μ.: «Επιπτώσεις νοσοκομείου στο παιδί», σημειώσεις Παιδιατρικής Νοσηλευτικής, εκδόσεις Τ.Ε.Ι Πάτρας, Πάτρα 1989.
4. Μόρφης Λ.Γ.: «Παιδιατρική», Οργανισμός εκδόσεων διδακτικών βιβλίων, Αθήνα 1985.
5. Παπαδάτος Ι.: «Παιδιατρική», Επίτομη, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1987.
6. Τσιάντης Ι.: «Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας», Τόμος Β', εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1992.
7. Τσιάντης Ι.-Μανωλόπουλος: «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής», εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984.
8. Τσιάντης Ι.: «Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας», Τόμος Α', εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1992.
9. Δοξιάδη Σ.: «Τα προβλήματα του παιδιού στο νοσοκομείο», Ιατρική, μηνιαία έκδοση εταιρίας ιατρικών σπουδών, Τόμος Β', Τεύχος 1<sup>ο</sup>, 1962.



- 10.Καλανιτζή-Αζίζι Α.: *«Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της υγείας»*, Τόμος1, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1992.
- 11.Πάνου Μ.: *«Παιδιατρική Νοσηλευτική»*, έκδοση 1<sup>η</sup> , εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα 1992.
- 12.Ραγιά Α.: *«Το άρρωστο παιδί στο νοσοκομείο»*, σημειώσεις Παιδιατρικής Νοσηλευτικής, Αθήνα 1987.
- 13.Μπάνη Α.: *«Το παιδί στο χειρουργείο»*, Νοσηλευτική γραμμή, Τεύχος 12<sup>ο</sup> , Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1994.
- 14.Παπαδάτου Α.: *«Το παιδί, ο γονιός κι ο νοσηλευτής μπροστά στη σοβαρή αρρώστια»*, *Materia Medica greca*, Τόμος 10, Φεβρουάριος 1982.
- 15.Παπαδάτου Α.: *«Ψυχολογική αντιμετώπιση του νοσηλευόμενου παιδιού»*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, διμηνιαίο περιοδικό της Ιατρικής εταιρίας Αθηνών, Μάιος 1988.
- 16.Παπαδάτου Α.: *«Το παιδί που πεθαίνει από χρόνια αρρώστια και ο νοσηλευτής»*, Ιατρική, μηνιαία έκδοση εταιρίας ιατρικών σπουδών. Τόμος 53, Τεύχος 1, Ιανουάριος 1988.
- 17.Αναγνωστόπουλος Φ.- Παπαδάτου Δ.: *«Το παιδί με τη χρόνια αρρώστια μπρος στο θάνατο»*, μέσα στο: Ψυχολογική προσέγγιση ατόμου με καρκίνο, έκδοση 1<sup>η</sup> , Αθήνα 1986.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΦΥΛΛΟ: ΑΡΡΕΝ [ ] ΘΥΛΗ: [ ]

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΜΗΤΕΡΑΣ:

ΔΗΜΟΤΙΚΟ	[ ]	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	[ ]
ΛΥΚΕΙΟ	[ ]	ΜΕΣΗ ΣΧΟΛΗ	[ ]
ΑΝΩΤΕΡΗ	[ ]	ΑΝΩΤΑΤΗ	[ ]

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΑΤΕΡΑ:

ΔΗΜΟΤΙΚΟ	[ ]	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	[ ]
ΛΥΚΕΙΟ	[ ]	ΜΕΣΗ ΣΧΟΛΗ	[ ]
ΑΝΩΤΕΡΗ	[ ]	ΑΝΩΤΑΤΗ	[ ]

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....

ΠΑΕΙ ΣΧΟΛΕΙΟ:..... ΣΕ ΠΟΙΑ ΤΑΞΗ:.....

1. Έχει νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο;

ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ] πολλές φορές [ ]

Για το ίδιο νόσημα: ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

2. Ποια ήταν η αντίδραση του παιδιού στην είδηση της εισαγωγής του στο νοσοκομείο;

Κλάμα [ ] Άρνηση [ ] Αδιαφορία [ ]

Πανικός [ ] Αποδοχή [ ] Κάτι άλλο .....

3. Έχει επισκεφθεί νοσοκομείο άλλη φορά (πριν από την εισαγωγή)

ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

Αν ναι, για ποιο λόγο. Σαν ασθενής [ ], Σαν επίσκεψη [ ]

- 4 *Εκφοβίσσατε ποτέ το παιδί σας με την περιγραφή της ένεσης ή την επίσκεψη στο γιατρό;*  
ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ] ΊΣΩΣ [ ]
- 5 *Ποια η αντίδραση του κατά την εισαγωγή;*  
Κλάμα [ ] Αποδοχή [ ] Πανικός [ ]  
Κατάθλιψη [ ] Κάποια άλλη.....
- 6 *Ποια ήταν η συμπεριφορά του προς τους γονείς μετά την εισαγωγή του;*  
Φυσιολογική [ ] Επιθετική [ ] Αδιάφορη [ ]  
Προσήλωση στον ένα γονέα [ ] (σε ποιόν .....)  
Προσήλωση και στους δύο γονείς [ ]
- 7 *Ποια η στάση του στην θέα της λευκής ρόμπας;*  
Συνεργασία [ ] Άρνηση [ ] Φόβος [ ]  
Επιθετικότητα [ ] Άλλη.....
- 8 *Ποια η αντίδρασή του στην πρώτη νοσηλεία;*  
Κλάμα [ ] Άρνηση [ ] Συνεργασία [ ]  
Ταραχή [ ] Άλλη.....
- 9 *Άλλαξε η αντίδραση του στις επόμενες νοσηλείες;*  
ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]  
Αν ναι γιατί ... ..
- 10 *Θα ήθελε έναν από τους γονείς μέσα στον θάλαμο την ώρα της νοσηλείας;*  
ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]  
Αν ναι, γιατί.....  
Αν όχι γιατί.....  
Ποιον από τους δύο γονείς.....
- 11 *Μπορεί εύκολα να κάνει γνωριμίες;*  
ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]
- 12 *Θα ήθελε να γνωρίσει παιδιά με την ίδια ασθένεια που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο;*  
ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]  
Αν ναι γιατί.....  
Αν όχι γιατί.....

13. *Προτιμά να νοσηλεύεται στο θάλαμο μόνο του ή με άλλα παιδιά;*  
Μόνο του, γιατί.....  
Με άλλα παιδιά, γιατί .....
14. *Απομακρύνθηκε για κάποιο διάστημα από το σπίτι του χωρίς την παρουσία των γονέων του;*  
ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]  
Σε ποια ηλικία.....  
Για πόσο διάστημα.....
15. *Έχει αδέρφια;*  
ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]  
Αν ναι, αριθμός..... αγόρια [ ] κορίτσια [ ]
16. *Τα αναζήτησε όταν νοσηλεύτηκε;*  
ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]
17. *Με ποιον μένει στο σπίτι τις ελεύθερες ώρες;*  
Μητέρα [ ] Πατέρα [ ] Μεγαλύτερα αδέρφια [ ]  
Γιαγιά [ ] Παππού [ ] Άλλο πρόσωπο [ ]
18. *Αρνείται το παιδί να μείνει στο νοσοκομείο για κάποιες ώρες, χωρίς την παρουσία των γονέων του;*  
ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]
19. *Υπάρχουν στο νοσοκομείο παιχνίδια ή κάποιοι τρόποι για την ευχάριστη απασχόληση του παιδιού;*  
ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]
20. *Διαπιστώσατε διαταραχές στον ύπνο του μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο;*  
ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]  
Κατά τις πρώτες μέρες.....  
Ποιες ήταν αυτές.....
21. *Παρατηρήσατε αλλαγή στη διάθεση του παιδιού για φαγητό;*  
ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]  
Αν ναι, ποια ήταν αυτή .....

22. Διαπιστώσατε κάποια αλλαγή στις συνήθειες αφόδευσης και ούρησης του παιδιού;

ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

Ποια αλλαγή .....

23. Η κατάσταση της υγείας του παιδιού και το περιβάλλον του νοσοκομείου έχει επηρεάσει την διάθεσή του για παιχνίδι ή άλλες δραστηριότητες;

ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

24. Θα προτιμούσε η νοσηλεία να γίνεται στο σπίτι ή στο νοσοκομείο;

Σπίτι [ ] Νοσοκομείο [ ]

Γιατί .....

