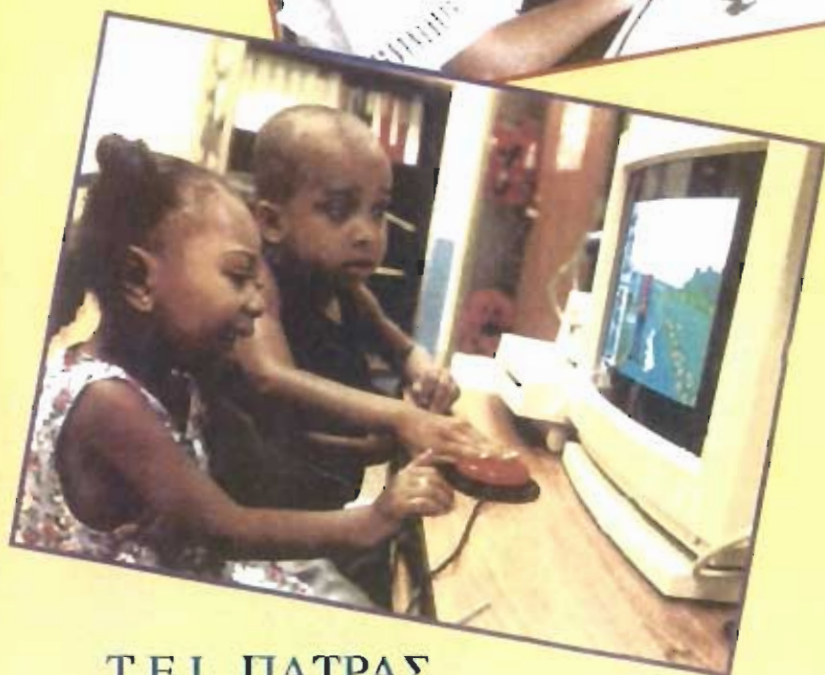
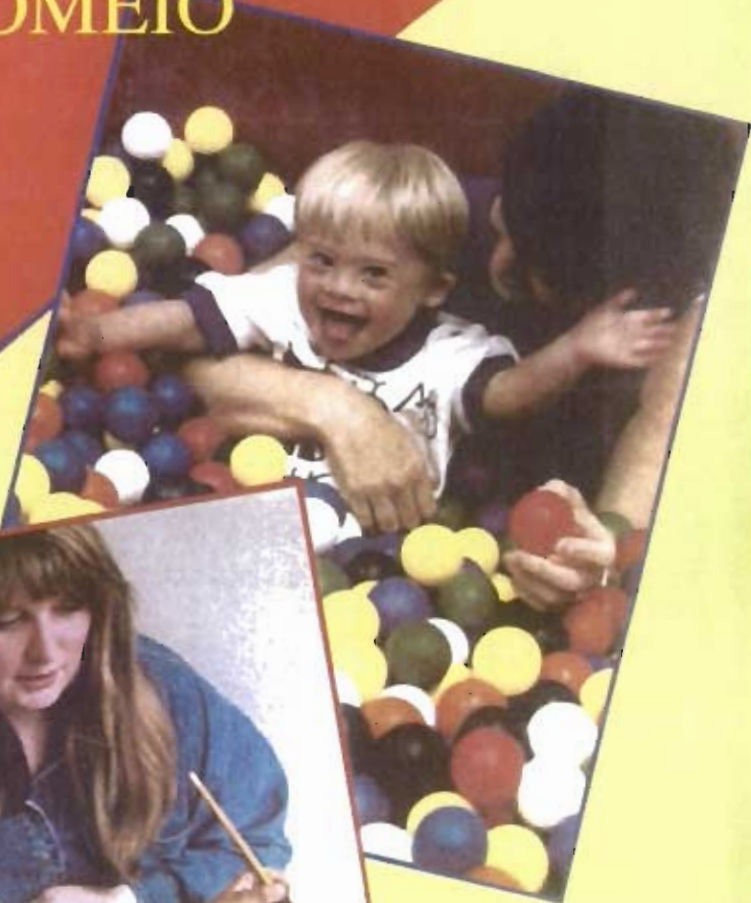


ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΕΩΣ 10 ΕΤΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΛΕΦΦΑ Β.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΣΤΕΡΓΙΟΠΟΥΛΟΥ Ε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- 1.1 Το άρρωστο παιδί στο νοσοκομείο.....6
- 1.2 Ουσιώδεις νοσηλευτικές ενέργειες.....7
- 1.3 Ψυχολογική Υποστήριξη των γονέων.....9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- 2.1 Περιποίηση Νεογνού.....12
- 2.2 Πρόωρο νεογνό – Νοσηλευτική φροντίδα πρόωρου νεογνού12
- 2.3 Άμεση φροντίδα.....14
- 2.4 Νοσηλευτική φροντίδα Βρέφους στην θερμοκοιτίδα.....17
- 2.5 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την περίοδο σταθεροποίησης της κατάστασης του Νεογνού.....18
- 2.6 Νεογνά που πρέπει να σιτίζονται με καθετήρα.....19

ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- 1.1 Χορήγηση φαρμάκων στα παιδιά.....20
- 1.2 Ενδομυϊκή Ένεση σε παιδί.....22
- 1.3 Νοσηλευτική Αντιμετώπιση παιδιού με Πυρετό.....24
- 1.4 Πυρετικοί Σπασμοί – Νοσηλευτική Φροντίδα παιδιών με σπασμούς.....27
- 1.5 Γενικά μέτρα που πρέπει να ληφθούν σε κάθε περίπτωση σπασμών.....28

ΜΕΡΟΣ Γ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- 1.1 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού που πρόκειται να κάνει χειρουργική επέμβαση – Προεγχειρητική φροντίδα – Μετεγχειρητική φροντίδα.....29
- 1.2 Μετά την Ανάνηψη.....32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- 2.1 Νοσηλεία παιδιού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας.....35
- 2.2 Σωματική φροντίδα του Παιδιού.....35
- 2.3 Ψυχολογική Υποστήριξη του Παιδιού.....37
- 2.4 Ψυχολογική Υποστήριξη της Οικογένειας.....37
- 2.5 Παθήσεις Στοματικής Κοιλότητας – Λαγόχειλος – Λυκόστομα - Νοσηλευτική φροντίδα.....38
- 2.6 Νεανικός Σακχαρώδης Διαβήτης – Σκοποί της νοσηλευτικής παρεμβάσεως.....40

ΜΕΡΟΣ Δ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- 1.1 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με νοσήματα Αναπνευστικού Συστήματος.....46
- 1.2 Δυναμικά επικείμενα προβλήματα.....47
- 1.3 Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων.....47
- 1.4 Άσθμα – Νοσηλευτική Φροντίδα.....49
- 1.5 Αναμενόμενο αποτέλεσμα νοσηλείας. Κριτήρια εξόδου από το νοσοκομείο.....52
- 1.6 Νοσοκομειακή φροντίδα νοσηλευόμενου παιδιού με Υμενογόνο Λαρυγγίτιδα.....53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- 2.1 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με παθήσεις του Καρδιαγγειακού Συστήματος.....53
- 2.2 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με εγχείρηση Καρδιάς.....55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- 3.1 Ρευματοειδής Αρθρίτιδα - Νοσηλευτική φροντίδα.....57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

- 4.1 Το παιδί σε γύψο.....61
- 4.2 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού σε γύψο σώματος.....62
- 4.3 Αφαίρεση του γύψου – Φροντίδα παιδιού μετά την αφαίρεση του γύψου.....63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

- 5.1 Μηνιγγίτιδα.....64
- 5.2 Νοσηλευτική φροντίδα.....65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

- 6.1 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με Ψυχικές Διαταραχές Νοσηλευτικοί σκοποί.....67
- 6.2 Πρότυπα νοσηλευτικής φροντίδας Ψυχικής Υγείας Παιδιών.....69
- 6.3 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με Απώλεια Συνείδησης....72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

- 7.1 Οξεία Σπειραματονεφρίτιδα - Νοσηλευτική φροντίδα.....73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

| | |
|--|----|
| 8.1 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με Εγκαύματα..... | 77 |
| 8.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση βαριών εγκαυμάτων..... | 81 |
| 8.3 Προγραμματισμός και διδασκαλία για την έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο..... | 82 |
| 8.4 ΚαρδιοΑναπνευστική Αναζωογόνηση στα παιδιά..... | 83 |
| 8.5 Θαλασσαιμικά Σύνδρομα ή Μεσογειακές Αναιμίες Σκοποί της φροντίδας..... | 87 |
| 8.6 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις..... | 89 |

ΜΕΡΟΣ Έ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

| | |
|--|----|
| 1.1 Το παιχνίδι στο νοσοκομείο και Σκοπός..... | 91 |
| 1.2 Υλικό παιχνιδιού για παιδιά από 1 ως 7 ετών..... | 92 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλεία των παιδιών σε παιδιατρικά νοσοκομεία είναι ιδιαίτερα δύσκολη, τραυματική και δυσάρεστη εμπειρία γι' αυτά. Κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης σε παιδιατρικό τμήμα του νοσοκομείου Πατρών κατάλαβα πόσο σημαντική είναι η προσφορά των νοσηλευτών ώστε να στηρίζουν ψυχολογικά, συναισθηματικά και σωματικά γονείς και παιδιά σ' αυτή τη δύσκολη φάση της ζωής τους.

Πρέπει να ανακουφίζουν το παιδί από τον πόνο αλλά συγχρόνως να γίνουν και φίλοι του ώστε να μπορεί να τους εμπιστευθεί τους φόβους του, το άγχος του και τις απορίες του. Γι' αυτό το λόγο ο νοσηλευτής αποτελεί για το νοσηλευόμενο παιδί τον δάσκαλο, τον σύμβουλο και τον φίλο.



ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Το Άρρωστο παιδί στο νοσοκομείο (Γενικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας) Ψυχοκοινωνικές Ανάγκες του παιδιού

Το παιδί έχει τις ίδιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο, που έχει και στο σπίτι του.

1. Χρειάζεται ευκαιρίες λοιπόν για ν' αναπτύξει:
 - Κινητικές δεξιότητες
 - Κοινωνικές δεξιότητες
 - Ομιλητικές δεξιότητες
 - Ψυχικές δυνάμεις (αίσθημα αυτονομίας, δύναμη του 'εγώ', αίσθημα ταυτότητας).
 - Τύπους συμπεριφοράς για διάφορες περιστάσεις.

2. Χρειάζεται βοήθεια για να αναπτύξει τις δεξιότητες και δυνάμεις που έχει ανάγκη, από:
 - Τη συνεχή και αξιόπιστη παρουσία σημαντικού γι' αυτό προσώπου.
 - Ένα περιβάλλον με κατάλληλα ερεθίσματα.
 - Ευκαιρίες για εξερεύνηση και παιχνίδι.
 - Πληροφορίες και εξηγήσεις σχετικά με το νοσοκομείο, την αρρώστια και πως οι άρρωστοι γίνονται καλά, τις θεραπείες, τις νοσηλείες, τους ανθρώπους και τις προσδοκίες απ' το ίδιο πριν και κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Το παιδί χρειάζεται να ξέρει και να μπορεί να προβλέπει πως θα επικοινωνεί με το περιβάλλον του. Συνεπώς, όταν γνωρίζει τι να περιμένει σε μία όχι οικεία περίσταση θα είναι πιο ικανό να την αντιμετωπίσει και δεν θα αισθάνεται τόσο αβοήθητο.

Το παιδί στο νοσοκομείο έχει ειδικές ανάγκες για να αντιμετωπίσει τα πολλά νέα προβλήματα που συναντά:

- Αποχωρισμό από το σπίτι που σημαίνει απώλεια:
- Του σταθερού προσώπου που το ανατρέφει.
- Των οικογενειακών επαφών.
- Του οικείου περιβάλλοντος.
- Των καθημερινών δραστηριοτήτων και της ρουτίνας.
- Της παρέας με συνομήλικα παιδιά.
- Της ανεξαρτησίας.
- Προβλήματα σχετικά με την ίδια την αρρώστια.
- Κανονισμούς του νοσοκομείου.
- Εγχείρηση.
- Τυχόν θάνατο. (6)

1.2 Ουσιώδεις νοσηλευτικές ενέργειες

1. Οι γονείς πρέπει να απασχοληθούν στενά με το άρρωστο παιδί τους στο νοσοκομείο και με το πρόγραμμα της φροντίδας του. Η συμμετοχή των γονέων πρέπει να ενθαρρύνεται συνεχώς.
2. Η νοσηλευτική φροντίδα επιτρέπει την εξάρτηση του παιδιού για να το βοηθήσει να αναπτύξει εμπιστοσύνη στην κατάσταση και συγχρόνως να το προωθήσει προς την ανεξαρτησία.
3. Το νοσηλευτικό ιστορικό λαμβάνεται όταν το παιδί εισάγεται στο νοσοκομείο. Ειδικές ερωτήσεις γίνονται προκειμένου να εξασφαλισθούν πληροφορίες σχετικές με:
 - Την οικογενειακή κατάσταση και τις ανησυχίες των γονέων.
 - Συνήθειες φαγητού.
 - Ρουτίνα και τρόπους οικογενειακής ζωής.
 - Σχολική ζωή.
 - Φιλικές επαφές με συνομήλικα παιδιά.
 - Εμπειρία αρρώστιας.
 - Προετοιμασία για την εισαγωγή στο νοσοκομείο: αγαπημένο παιχνίδι, πώς το παιδί αντιμετωπίζει την απογοήτευση ή καταστάσεις stress, τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει άγνωστες καταστάσεις και τους φόβους που αυτές προκαλούν, τρόποι πειθάρχησης στο σπίτι, τρόποι δημιουργίας άνεσης στο σπίτι, σχέδια των γονέων για να το επισκέπτονται.

4. Προσπάθεια διατήρησης των δεσμών με το σπίτι. Η συνέχιση των εσμών μέσα στην υπάρχουσα οικογενειακή μονάδα είναι κρίσιμη σοβαρή προϋπόθεση για την ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών του παιδιού.
 - Συνέχιση καθιερωμένων τελετουργικών συνηθειών-κούνημα του παιδιού ή διήγηση παραμυθιού προ του ύπνου.
 - Τοποθέτηση της φωτογραφίας της οικογένειας στο κομοδίνο του παιδιού.
 - Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων με την οικογένεια.
 - Συζήτηση με το παιδί για τους δικούς του στο σπίτι.
5. Ουσιώδεις θεωρούνται οι πλήρεις εξηγήσεις της θεραπευτικής αγωγής και προετοιμασίας για ειδικά τεστ, νοσηλείες και για την εγχείρηση. Αν το παιδί δεν προετοιμασθεί γι' αυτές τις εμπειρίες, έχει μικρή πιθανότητα να κινητοποιήσει τους προσαρμοστικούς του μηχανισμούς για να το βοηθήσουν στην εμπειρία του νοσοκομείου.

Προσοχή ώστε η προετοιμασία να είναι κατάλληλη:

 - Στην ηλικία και προσωπικότητα του παιδιού.
 - Στο επίπεδο κατανόησης και το στάδιο ανάπτυξης.
 - Στην προσπάθεια του παιδιού να αντιμετωπίσει την απογοήτευση και τα προβλήματα του.
6. Δημιουργικό πνεύμα. Αποφυγή ορολογίας που μπορεί να έχει ανεπιθύμητες εναλλακτικές έννοιες για το παιδί και που μπορεί να προκαλέσει stress λόγω αδυναμίας να κατανοήσει τι λέχθηκε. Χρήση ειδικών κατάλληλων εικόνων για τη διανοητική του ηλικία. Συνεργασία με τους γονείς για να συμμετέχουν στη διεργασία της προετοιμασίας. Τα παιδιά μέχρι 6 ετών εξαρτώνται από τους γονείς τους για το αίσθημα ταυτότητας και ευεξίας και χρειάζονται την υποστήριξη τους. Οι γονείς γνωρίζουν το παιδί τους καλύτερα απ' τον καθένα και μπορούν να χρησιμεύσουν σαν μεταφραστές για το παιδί και το προσωπικό του νοσοκομείου.
7. Το παιχνίδι είναι φυσικό μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας. Είναι μέσο βοήθειας του παιδιού για να αντιμετωπίσει την δυσάρεστη εμπειρία. Του επιτρέπει να προβάλλει τους φόβους του στον έξω κόσμο και το βοηθάει να φθάσει σ' ένα αίσθημα ανεξαρτησίας και ελέγχου της περιστασης. Είναι σημαντικό για την ψυχοσωματική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Το θεραπευτικό παιχνίδι επιτρέπει στο παιδί να εξερευνήσει πραγματικό και εικονικό υλικό που θα χρησιμοποιηθεί κατά τη νοσηλεία του.

8. Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να συσχετίζει την αρρώστια με την προσωπικότητα του παιδιού, την ατομική του αντίδραση και τις προηγούμενες εμπειρίες του. Λαμβάνεται υπόψη:
- = από πού προέρχεται το παιδί
 - = πού θα επιστρέψει
 - = ποιες εμπειρίες έχει μέσα στο νοσοκομείο.
9. Μετανοσηλευτικές συζητήσεις και υποστήριξη πρέπει να αποτελούν μέρος όλης της νοσηλευτικής φροντίδας του παιδιού. Αυτό του επιτρέπει:
- Να αποκτήσει μια λιγότερο στρεσογόνο και πιο ρεαλιστική εντύπωση του τι συμβαίνει στο ίδιο.
 - Να αναπτύξει κατάλληλη προσαρμοστική συμπεριφορά.
 - Να αποκτήσει αίσθημα κυριαρχίας στην κατάσταση.
10. Η νοσηλευτική φροντίδα είναι επιτυχημένη, όταν το αποτέλεσμα της είναι θεραπευτικό και όταν περικλείει "ανάπτυξη".
- (6)

1.3 Ψυχολογική Υποστήριξη των Γονέων

Παρουσία και συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα του νοσηλευόμενου παιδιού που θα ελαττώσει τις ανησυχίες του. Άλλά οι γονείς χρειάζονται ενθάρρυνση, υποστήριξη και εκπαίδευση για να βοηθήσουν στο μέγιστο βαθμό το παιδί τους. Οι αντιδράσεις τους προς την παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο επηρεάζουν την αντίδραση του.

Εξακρίβωση των συγκεκριμένων ανησυχιών που έχουν οι γονείς για την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο.

- Παράδοση της φροντίδας του παιδιού τους σε άλλους.
- Προετοιμασία για εγχείρηση ή για το χειρουργικό αποτέλεσμα.
- Οι γνώμες που αισθάνονται ότι έχουν οι άλλοι για το παιδί τους.
- Αντιμετώπιση του παιδιού όταν γυρίσει στο σπίτι.

- Καθορισμός σ' ένα πρωταρχικό στάδιο του βαθμού, στον οποίο οι γονείς είναι ικανοί και θέλουν να συμμετέχουν στη φροντίδα του παιδιού τους.
- Διατήρηση της οικογένειας πληροφορημένης σχετικά με την κατάσταση του παιδιού.
- Επιβεβαίωση των γονέων ότι κάποιος είναι διαθέσιμος να τους βοηθήσει.

Εναρξη έγκαιρης προετοιμασίας και εκπαίδευσης των γονέων, για την πιθανή συμπεριφορά του παιδιού μετά το νοσοκομείο.

Συχνά υπάρχουν αλλαγές συμπεριφοράς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο ιδιαίτερα στο παιδί από 18 μηνών ως 6 ετών. Αυτές μπορεί να είναι αυξημένες απαιτήσεις για προσοχή, παλινδρόμηση, βίαιες αντιδράσεις προς τον προσωρινό αποχωρισμό, αλλαγές στις συνήθειες ύπνου, ντροπαλότητα, αυξημένη προσκόλληση, νυχτερινή ενούρηση, εκρήξεις θυμού, νέοι φόβοι και αλλαγές στις συνήθειες φαγητού.

Βοήθεια των γονέων στην πρόβλεψη αυτών των αλλαγών στη συμπεριφορά του παιδιού τους, στο να αισθάνονται πιο επαρκείς στην αντιμετώπιση αυτών των προσωρινών αλλαγών. Οι αντιδράσεις των γονέων στη μετανοσοκομειακή συμπεριφορά μπορεί είτε να ενισχύσουν, παρατείνουν και διατηρήσουν αυτές τις συμπεριφορές ή να τις ελαττώσουν βαθμιαίως.

Ενθάρρυνση συμμετοχής των γονέων στις μετανοσηλευτικές συζητήσεις:

- Δημιουργία συμβουλευτικού προγράμματος για γονείς.
- Υποστήριξη των γονέων από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά και μετά την περίθαλψη του παιδιού στο νοσοκομείο.

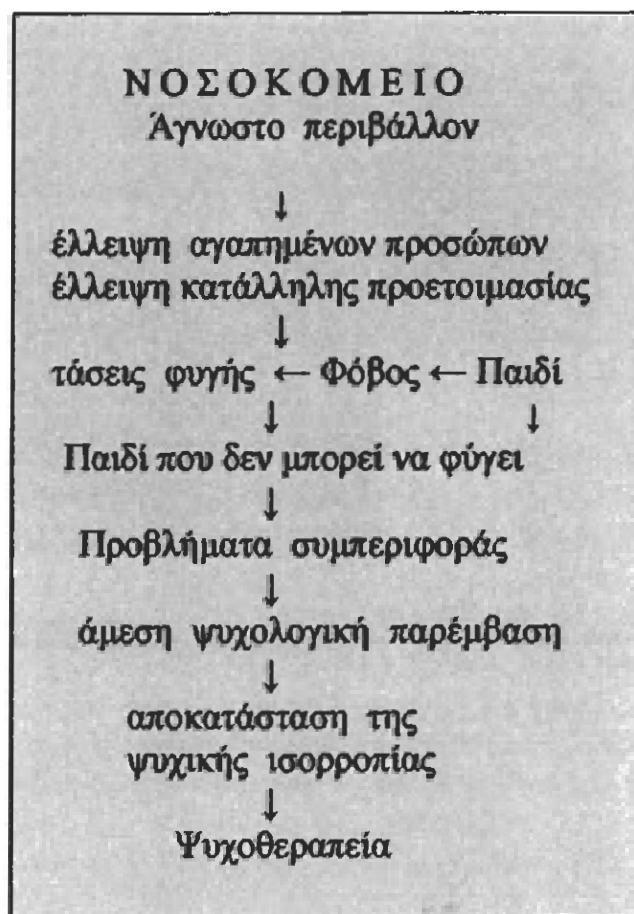
Παρακολούθηση των επιδράσεων της αρρώστιας και ενδονοσοκομειακής παραμονής του παιδιού στα αδέρφια του. Κι' αυτά χρειάζονται πρόγραμμα φροντίδας και υποστήριξης και από τους νοσηλευτές και από τους γονείς.

- Περιοδικές επισκέψεις στο άρρωστο αδερφάκι. (6)

Σε σχέση με την οικογένεια λοιπόν ο νοσηλευτής στοχεύει:

1. Να προσφέρει μια στοργική σχέση και να λειτουργεί σαν δύναμη ωρίμανσης.
2. Να σέβεται τα δικαιώματα και τις ικανότητες των γονιών.
3. Να διευκολύνει χρήσιμες ανταλλαγές ανάμεσα στο παιδί και την οικογένεια.
4. Να λειτουργεί σαν παιδαγωγός.
5. Να λειτουργεί σαν σύστημα στήριξης. (19)

Ακολουθεί μια σχηματική παράσταση με την οποία η κ. Καλαντζη-Αζιζι περιγράφει τα προβλήματα που μπορεί να εμφανίσει ένα μικρό παιδί όταν μπαίνει στο νοσοκομείο για νοσηλεία και πώς μπορούν να προληφθούν ή να αντιμετωπισθούν. (6)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Περιποίηση του Νεογνού



Η περίθαλψη του νεογνού αρχίζει αμέσως μετά τη γέννηση και την απολίνωση του ομφάλιου λώρου. Το νεογνό τοποθετείται σε ύπτια θέση και με το κεφάλι σε χαμηλότερο επίπεδο, σε ειδική θερμοκοιτίδα ή σε ειδικό θερμαινόμενο κρεβατάκι. Παίρνουμε όλα τα μέτρα αντισηψίας και ασηψίας για να αποφύγουμε την μόλυνση του νεογνού και στη συνέχεια γίνεται καθαρισμός των ανωτέρων αναπνευστικών οδών με αναρρόφηση των βλεννών με ειδικό ελαστικό καθετήρα. Το κεφάλι του νεογνού βρίσκεται πάντοτε σε χαμηλότερη θέση για να αποβάλλονται τα υγρά (αμνιακό υγρό, αίμα ή βλέννη) που περιέχει ο ρινοφάρυγγας. (4)

2.2 Πρόωρο Νεογνό

Ορισμός: Πρόωρο νεογνό λέγεται το νεογνό, που γεννιέται πριν από την 37^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης με βάρος, που αντιστοιχεί στην ηλικία της εγκυμοσύνης. Μόνο που σε περίπτωση διαβήτη είναι δυνατό το βάρος του νεογνού να είναι μεγαλύτερο από το βάρος, που αντιστοιχεί στην ηλικία της εγκυμοσύνης. (1)

Αίτια: Τα αίτια πρόωρου νεογνού δεν είναι πάντα γνωστά. Αποδίδονται σε πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, σε διαπλαστικές ανωμαλίες της μήτρας, στο νεαρό της ηλικίας της εγκύου, στην κλεψιγαμία, σε κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, στα μικρά χρονικά διαστήματα, που μεσολάβησαν ανάμεσα από δύο τοκετούς, και σε λοιμώξεις, που συνέβησαν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. (1)

Αντιμετώπιση: Αμέσως μετά τη γέννηση του το πρόωρο νεογνό πρέπει να μεταφερθεί στο τμήμα εντατικής παρακολούθησης νεογνών με φορητή θερμοκοιτίδα, για να τύχει των φροντίδων του παιδίατρου και των νοσηλευτών. Σε περίπτωση, που δεν υπάρχει φορητή θερμοκοιτίδα για τη μεταφορά του, φροντίζει ο νοσηλευτής να το ζεστάνει, όσο γίνεται καλύτερα, γιατί εύκολα αποβάλλει θερμαντικό.

Για το σκοπό αυτό το τυλίγει προφυλακτικά και τοποθετεί κοντά του θερμοφόρες, με προσοχή να μην το κάψει. Η θερμοκρασία του περιβάλλοντος του πρόωρου νεογνού πρέπει να είναι γύρω στους 32° C και η δική του, από το ορθό, στους 35,5°-37° C.

Μαζί με τις φροντίδες αυτές πρέπει επίσης να παίρνονται φροντίδες για την διατροφή του και την προφύλαξη του από τις λοιμώξεις. (1)

Νοσηλευτική Φροντίδα Πρόωρου Νεογνού

Οι νοσηλευτές στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογέννητων αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την επιτυχή λειτουργία της μονάδας και την επιτυχή έκβαση της θεραπείας των νεογνών. Για την εντατική νοσηλευτική φροντίδα λοιπόν των πρόωρων νεογνών, χρειάζεται κατανόηση της φυσιολογίας και των χαρακτηριστικών τους, γνώση της λειτουργίας και του χειρισμού μεγάλου αριθμού μηχανημάτων και συσκευών, ικανότητα αναγνώρισης πολύ ευαίσθητων μεταβολών στη συμπεριφορά των νεογνών και ικανότητα επιτυχημένων χειρισμών στο κατάλληλο χρόνο.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΝΝ υφίστανται πιέσεις που δεν παρατηρούνται στις περισσότερες νοσηλευτικές μονάδες. Η κρισιμότητα της κατάστασης των αρρώστων τους δημιουργεί μια κατάσταση συνεχούς έντασης. Η νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί συνεχή παρατήρηση με γρήγορη αξιολόγηση και παρέμβαση. (3)

Η φροντίδα λοιπόν του πρόωρου νεογνού αρχίζει συνήθως, ακόμη και πριν από τη γέννηση του. Ακόμα και η τεχνική του τοκετού είναι διαφορετική από ένα τελειόμηνο. Όταν αναμένεται τοκετός πρόωρου νεογνού η υπεύθυνη νοσηλεύτρια της αιθούσης τοκετών είναι υποχρεωμένη να ειδοποιήσει τον παιδίατρο / νεογνολόγο να παραβρίσκεται την ώρα του τοκετού.

Επίσης υποχρεούται να ενημερώσει:

- α) Το τμήμα πρόωρων (MENN) να είναι έτοιμο να δεχθεί το πρόωρο.
- β) Να θερμαίνει τη θερμοκοιτίδα στους 32-35° C.
- γ) Να έχει πρόχειρη συσκευή αναρρόφησης και να γίνεται προσεκτική ανάνηψη. (4)

Στον τοκετό τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται είναι:

- α) να καθαριστούν οι αεροφόροι οδοί
- β) να γίνει ο ερεθισμός για την αναπνοή
- γ) η φροντίδα για τον ομφαλό και τα μάτια (4)
- δ) η χορήγηση βιταμίνης Κ όπως ακριβώς γίνεται και στα νεογνά κανονικού βάρους. Η βιταμίνη Κ χορηγείται εφάπαξ για την πρόληψη αιμορραγικής νόσου του νεογνού. (16)

Εφόσον τα περισσότερα από τα νεογνά που εισάγονται στη MENN είναι πρόωρα, η συζήτηση των προβλημάτων που έχουν σχέση με τα νεογνά υψηλού κινδύνου αναφέρεται κυρίως στα πρόωρα. Η προωρότητα και οι επιπλοκές γενικά θεωρούνται ως ο κυριότερος παράγοντας που επιδρά στη νεογνική θνησιμότητα. Η συχνότητα των νεογνικών επιπλοκών (π.χ. υπερχολερυθριναιμία, σύνδρομο υάλινης μεμβράνης κ.ά.) είναι πολύ αυξημένη σε αυτή την ομάδα και συχνά παρατηρούνται και άλλοι παράγοντες υψηλού κινδύνου (π.χ. βαριές συγγενείς ανωμαλίες) σε συνδυασμό με την προωρότητα. (4)

2.3 Άμεση Φροντίδα

1. Αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης του νεογνού και παροχή κατάλληλης υποστήριξης.

Αμέσως μετά τη γέννηση εκτιμάται η κατάσταση του νεογνού, για να καθορισθούν εμφανή προβλήματα και να διαπιστωθούν εκείνα που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση. Η εξέταση αυτή αρχικά αφορά στην αξιολόγηση της καρδιοαναπνευστικής και νευρολογικής λειτουργίας. Μία μέθοδος που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της άμεσης προσαρμογής του νεογνού στην εξωμήτρια ζωή είναι η βαθμολόγηση κατά Apgar, που βασίζεται στην παρατήρηση της καρδιακής συχνότητας, της αναπνευστικής προσπάθειας, του μυϊκού τόνου, της αντίδρασης στα ερεθίσματα και του χρώματος του δέρματος. Σε κάθε στοιχείο δίνεται ο βαθμός 0, 1 ή 2.

Αξιολογήσεις και των πέντε κατηγοριών γίνονται κατά το 1^ο λεπτό και το 5^ο λεπτό μετά τη γέννηση και επαναλαμβάνονται μέχρις ότου η κατάσταση του νεογνού σταθεροποιηθεί. Συνολικός βαθμός από 0-3 αντιπροσωπεύει βαριά δυσχέρεια, από 4-6 μέτρια δυσκολία, ενώ από 7-10 δεν υπάρχει δυσκολία προσαρμογής στην εξωμήτρια ζωή. Εκτός από την εκτίμηση της κατάστασης του νεογνού με τη βαθμολογία Apgar, γίνεται και κλινική κατά συστήματα εξέταση του νεογνού. (3)

2. Διατήρηση καλής αναπνοής

α) Καθαρισμός των αεροφόρων οδών

β) Αναρρόφηση των βλεννωδών εκκρίσεων που υπάρχουν στο ρινοφάρυγγα. Αυτή δεν πρέπει να διαρκεί περισσότερο από ένα λεπτό της ώρας.

Εάν υπάρχει υπόνοια εισροφήσεως γίνεται αμέσως διασωλήνωση και αναρρόφηση των εισροφηθέντων βλεννών με καθετήρα δια μέσου της διασωλήνωσης. (4)

γ) Στη συνέχεια γίνεται αποκοπή και περιδέση του ομφάλιου λώρου με την χρησιμοποίηση αιμοστατικών λαβίδων και ειδικού πλαστικού αγκτήρα (clip), αποστειρωμένου μιας χρήσης που εφαρμόζεται δύο εκατοστά από τον ομφαλό. Ο αγκτήρας απολιώνει με πίεση τα αγγεία. Σε μικρή απόσταση από το σημείο εφαρμογής του αγκτήρα κόβεται ο ομφάλιος λώρος. (16)

δ) Τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση.

Το πρόωρο τοποθετείται με το κεφάλι υψηλότερα για να μην εμποδίζει το διάφραγμα την έκπτυξη των πνευμόνων και το κεφάλι σε έκταση.

3. Αλλαγή θέσης του νεογνού κάθε δύο ώρες.

α) Επισκόπηση του πρόωρου νεογνού κάθε μία ώρα και αναγραφή των συμπερασμάτων στο φύλλο παρατηρήσεων του νεογνού. Επίσης γενική περιγραφή σχήματος και μεγέθους του σώματος, παρουσία ή εντόπιση οιδήματος, ποσότητα λιπώδους ιστού. Περιγραφή εμφανών δυσμορφιών.

β) Χορήγηση οξυγόνου και έλεγχος της PO₂ στο αίμα. Το οξυγόνο δίδεται σε νεογνά με σημάδια αναπνευστικής δυσχέρειας (ταχύπνοια, εισολκή, γογγυσμός, κυάνωση) καθώς και σε κυανωτικά νεογνά από οποιαδήποτε άλλη αιτιολογία. Αυτό που μας ενδιαφέρει είναι η πυκνότητα του οξυγόνου στον εισπνεόμενο από το νεογέννητο αέρα π.χ. 30, 40, 60,... 100% οξυγόνο.

Για τα πρόωρα νεογνά καμία πυκνότητα δεν είναι ασφαλής. Κατάλληλη πυκνότητα οξυγόνου είναι εκείνη που εξασφαλίζει καλή οξυγόνωση των ιστών του νεογέννητου χωρίς να προξενούνται βλάβες.

γ) Προσδιορισμός των αερίων του αίματος.

4. Διατήρηση της θερμοκρασίας

Τα πρόωρα νεογνά έχουν ειδικά προβλήματα και γι' αυτό βρίσκονται σε μειονεκτική θέση αναφορικά με την διατήρηση της θερμοκρασίας.

α) Η σωματική επιφάνεια του νεογνού είναι μεγάλη σε σχέση με το βάρος του.

β) Το πρόωρο νεογνό είναι λιγότερο ικανό να κινητοποιεί νοραδρεναλίνη και λίπος.

γ) Δεν προσλαμβάνει αρκετές θερμίδες για να χρησιμοποιήσει θρεπτικές ουσίες για θερμογένεση.

5. Αποφυγή κόπωσης του πρόωρου νεογνού.

Επειδή οποιαδήποτε δραστηριότητα του πρόωρου αυξάνει τις ανάγκες του σε οξυγόνο, γι' αυτό οι νοσηλείες πρέπει να είναι καλά οργανωμένες και να γίνονται όσο το δυνατό με ήπιες και γρήγορες κινήσεις.

6. Πρόληψη λοιμώξεων.

α) Δεν επιτρέπεται το επισκεπτήριο στο τμήμα προώρων εκτός από τους γονείς οι οποίοι υποχρεωτικά φορούν ειδική μπλούζα και πλένουν τα χέρια τους. (4)

β) Σχολαστικό και συχνό πλύσιμο των χεριών πρέπει να εφαρμόζεται από όλους όσους έρχονται σε επαφή με τα νεογνά και με τα αντικείμενα τους.

γ) Ειδική στολή εργασίας στη μονάδα.

δ) Απομόνωση των νεογνών με λοίμωξη ώστε ν' αποφευχθεί διασταυρούμενη λοίμωξη άλλων νεογνών. (3)

ε) Απαγορεύεται η είσοδος στο τμήμα προώρων κάθε ατόμου με λοίμωξη του δέρματος, των ανωτέρων αναπνευστικών οδών και του πεπτικού συστήματος. (4)

στ) Ηλεκτρονική παρακολούθηση και καταγραφή ζωτικών σημείων. Τα περισσότερα νεογνά στη ΜΕΝΝ τοποθετούνται σε περιβάλλον με ελεγχόμενη θερμοκρασία και με ηλεκτρονική παρακολούθηση και καταγραφή καρδιακής συχνότητας, αναπνευστικής δραστηριότητας και θερμοκρασίας.

ζ) Ακριβής μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών σε όλα τα πρόωρα νεογνά. Η ακριβής μέτρηση των αποβαλλόμενων γίνεται με συλλογή ούρων μέσα σε αυτοκόλλητους πλαστικούς σάκους συλλογής ούρων ή με ζύγισμα της πάνας του νεογνού. (3)

7. Σίτιση.

Η σίτιση του πρόωρου αρχίζει 6-10 ώρες μετά τον τοκετό εκτός από εκείνα που έχουν βάρος κάτω των 1250 γρ.. Τα μικρά πρόωρα νεογνά έχουν ανάγκη από συμπληρωματική ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για να καλύψουν τις απαιτήσεις τους σε υγρά κατά τις πρώτες 24-72 ώρες της ζωής τους. (4)

2.4 Νοσηλευτική Φροντίδα βρέφους στην Θερμοκοιτίδα

Τα πρόωρα νεογνά είναι απαραίτητο να τοποθετούνται σε θερμοκοιτίδα το γρηγορότερο δυνατό για να προστατευθούν:

- **Από ψύξη.** Στη θερμοκοιτίδα υπάρχει σταθερή θερμοκρασία ανάλογα με το βάρος και την ηλικία του πρόωρου.
- **Από τις αναπνευστικές διαταραχές** (χορηγείται οξυγόνο εντός της θερμοκοιτίδας).
- **Από την μόλυνση.**

Η διακομιδή του πρόωρου από τον τόπο γέννησης μέχρι την θερμοκοιτίδα πρέπει να γίνεται με φορητή θερμοκοιτίδα στην οποία τοποθετείται και οβίδα οξυγόνου για την οξυγόνωση του πρόωρου κατά τη μεταφορά.

Τα πρόωρα τοποθετούνται μέσα στη θερμοκοιτίδα γυμνά στη ράχη και με τα χέρια σε έκταση.

Η θερμοκρασία της θερμοκοιτίδας κυμαίνεται περίπου 31°-36°, και η υγρασία τα δύο πρώτα 24ώρα 80-100% και κατόπιν 55-70%. Η υγρασία προστατεύει το νεογνό από την ξηρότητα των βλεννογόνων, την ατελεκτασία και την άδηλο αποβολή υγρών από το δέρμα και τους πνεύμονες.

Το νοσηλευτικό προσωπικό λοιπόν της μονάδας νεογνών και πρόωρων πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά τη λειτουργία της θερμοκοιτίδας, αλλά και τη φροντίδα που θα παρέχει στο νεογνό εντός αυτής. (13)

Ειδικότερα πρέπει να γνωρίζει:

1. Χρόνο παραμονής του πρόωρου μέσα στη θερμοκοιτίδα. Ο χρόνος παραμονής εξαρτάται από το βάρος γέννησης και τη γενική του κατάσταση. Παραμένει μέχρι να φτάσει το βάρος περίπου 1.500-1.800gr. και εφόσον υπάρχει ανάγκη και περισσότερο.
2. Η ζύγιση του νεογνού γίνεται πάντα μέσα στη θερμοκοιτίδα.
3. Η διατροφή του, που μπορεί να είναι παρεντερική, καθώς και η καθαριότητα του γίνεται μέσα στη θερμοκοιτίδα.
4. Η κλινική εξέταση του παιδιάτρου και αυτή γίνεται μέσα στη θερμοκοιτίδα.
5. Πριν από κάθε νοσηλεία η νοσηλεύτρια απολυμαίνει τα χέρια της. Το βοηθητικό προσωπικό που εισέρχεται στη μονάδα φοράει ειδική μπλούζα αποστειρωμένη, όπως και το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό των μονάδων.
6. Ελέγχει τα ζωτικά σημεία του νεογνού που βρίσκεται στη θερμοκοιτίδα κάθε μια ώρα μέχρι να σταθεροποιηθούν.
7. Η απολύμανση της θερμοκοιτίδας πρέπει να γίνεται μία φορά την εβδομάδα, με αντισηπτικό και ποτέ με αιθέρα γιατί με τον αιθέρα διαλύεται το πλαστικό μέρος της θερμοκοιτίδας. Με την απολύμανση και τα αυστηρά μέτρα ασηψίας και αντισηψίας που παίρνονται στο τμήμα πρόωρων, αποφεύγονται τυχόν ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, που πολλές φορές αποτελεί αιτία θανάτου των πρόωρων.
8. Πιστή εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής (αντιβιοτικά) πάντα μέσα στη θερμοκοιτίδα. (13)

2.5 Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την περίοδο σταθεροποίησης της κατάστασης του νεογνού.

Μετά τη γέννηση ακολουθεί περίοδος σταθεροποίησης του νεογνού που διαρκεί 2 ως 12 ώρες και εξαρτάται κυρίως από τις συνθήκες που επικρατούν κατά την διάρκεια του τοκετού. Κατά την διάρκεια της σταθεροποίησης της κατάστασης του νεογνού οι νοσηλευτές μια φορά κάθε ώρα και ως ότου η κατάσταση του νεογνού παραμείνει σταθερή για δύο ώρες μετρά και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του νεογνού, ελέγχει το χρώμα του δέρματος, τη δραστηριότητα και το μυϊκό τόνο, το σάκχαρο αίματος σε νεογνά υψηλού κινδύνου για υπογλυκαιμία και έχει γενικά την συνεχή παρακολούθηση του νεογνού.

Επίσης τακτικά καθαρίζεται η στοματική κοιλότητα και γίνεται αναρρόφηση αν χρειασθεί υγρών που αποβάλλονται συνήθως τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό.

Μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης το νεογνό μπορεί να μεταφερθεί στο θάλαμο της μητέρας. (16)

2.6 Νεογνά που πρέπει να σιτίζονται με καθετήρα

Κυρίως σιτίζονται με καθετήρα νεογνά με ηλικία κύησης μικρότερης από 32 εβδομάδες, νεογνά χωρίς ικανοποιητικό αντανακλαστικό αναγωγής και εκείνα που δεν θηλάζουν και δεν καταπίνουν ικανοποιητικά, επίσης νεογνά με μεγάλη αναπνευστική συχνότητα.

Τα νεογνά με ηλικία κύησης μεταξύ 32-36 εβδομάδων συχνά χρειάζεται να σιτίζονται με συνδυασμό μπιμπερό ή θηλασμό και καθετήρα. (4)

Μέθοδος:

- Τα γεύματα από τον καθετήρα τα δίνει ο νοσηλεύτης-τρια.
- Έλεγχος της ταυτότητας του νεογνού.
- Η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι του νεογνού σε πλάγια θέση και βάζει την πετσέτα σιτίσεως στο λαιμό και στο θώρακα του νεογνού. Έπειτα κάνει αναρρόφηση για να βεβαιωθεί αν ο καθετήρας είναι στο στομάχι του νεογνού. (9)
- Ελέγχει τη θερμοκρασία του γάλακτος και με τη σύριγγα που είναι προσαρμοσμένη στον γαστρικό καθετήρα αδειάζει μια μετρημένη ποσότητα υγρής τροφής σιγά-σιγά σύμφωνα με την κάρτα νοσηλείας. Η έγχυση της τροφής δεν γίνεται ποτέ με πίεση. (4)
- Στη συνέχεια ρίχνει λίγο φυσιολογικό ορό μέσα στη σύριγγα 2-4 cc για να ξεπλυθεί ο καθετήρας προς αποφυγή μολύνσεων. Έπειτα κλείνει καλά τον καθετήρα και απομακρύνει την πετσέτα σιτίσεως.
- Τακτοποιεί το παιδί βάζοντας το σε πλάγια θέση ώστε αν κάνει εμετό να μην κινδυνεύει να πάθει εισρόφηση. (9)
- Τέλος η νοσηλεύτρια ενημερώνει το διάγραμμα σιτίσεως σχετικά με την προσφερθείσα και ληφθείσα ποσότητα τροφής καθώς και για τις τυχόν παρατηρήσεις. (4)

ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Χορήγηση Φαρμάκων στα παιδιά



Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται η χορήγηση φαρμάκων στα παιδιά, επειδή το ήπαρ, που επεξεργάζεται τις χημικές ουσίες από την κυκλοφορία είναι ακόμη ανώριμο. Μπορεί λοιπόν ν' αθροιστούν επικίνδυνα επίπεδα φαρμάκου ταχύτερα σ' ένα παιδί από όσο σε έναν ενήλικα και επομένως είναι σημαντικό τα φάρμακα στα παιδιά να μετριοούνται με μεγάλη ακρίβεια και να δίνονται μόνο οι συνιστώμενες ποσότητες. (13)

Η νοσηλεύτρια λοιπόν πρέπει ν' ακολουθεί με ακρίβεια τις ειδικές αρχές χορήγησης φαρμάκων σε παιδιά που είναι:

- ✦ Βεβαιώνεται από τους γονείς ότι δεν υπάρχει πρόβλημα αλλεργίας.
- ✦ Ο έλεγχος των φαρμάκων γίνεται από δύο νοσηλευτές μαζί για λόγους ασφάλειας.
- ✦ Μετρά τη δόση του φαρμάκου με απόλυτη ακρίβεια και σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Μικρή παρέκκλιση από την καθορισμένη δόση μπορεί να έχει απρόβλεπτες επιπτώσεις στο παιδί μέχρι και θάνατο. (9)
- ✦ Πριν να δώσει το φάρμακο ελέγχει το βραχιολάκι του παιδιού, ότι πρόκειται γι' αυτό το παιδί.
- ✦ Δεν αφήνει ποτέ το φακελάκι με τα φάρμακα πάνω στο κομοδίνο, και δεν φεύγει αν δεν βεβαιωθεί ότι το παιδί έχει καταπιεί το φάρμακο του.
- ✦ Δεν κλείνει με βία ποτέ τη μύτη, για να το αναγκάσει έτσι ν' ανοίξει το στόμα, γιατί μπορεί να εισροφήσει το φάρμακο και να πνιγεί. (13)

✦ Δίνει χρόνο στο παιδί να μιλήσει μαζί της, να ρωτήσει και να πάρει απαντήσεις. Επίσης το αφήνει να πάρει τη θέση που προτιμά καθιστή ή στην αγκαλιά των γονέων του που συνήθως νιώθει περισσότερη ασφάλεια για να πάρει το φάρμακο του. (9)

✦ Προσπαθεί να τοποθετήσει το φάρμακο όσο πιο πίσω στο στόμα μπορεί, έτσι ώστε εύκολα να το καταπιεί το παιδί.

✦ Δεν πρέπει να φοβίζει ποτέ ούτε και να ικετεύει το παιδί, αλλά να προσπαθεί να το πείσει, εξηγώντας ότι με το φάρμακο θα γίνει καλά, ώστε να γίνει κατανοητό ιδιαίτερα στα μεγαλύτερα παιδιά.

✦ Αδυναμία λήψης φαρμάκων, άρνηση, ή έμετος αναφέρονται στο θεράποντα ιατρό.

✦ Μετά τη λήψη φαρμάκων επαινεί το παιδί και μπορεί να του δώσει το αγαπημένο του αναψυκτικό για να ξεπλύνει τη γεύση του φαρμάκου. (13)

✦ Για την χορήγηση φαρμάκου υγρής μορφής σε βρέφος, χρησιμοποιεί πλαστική σύριγγα χωρίς τη βελόνα.

Η νοσηλεύτρια κρατά λοιπόν το βρέφος σε ύπτια θέση με το κεφάλι και τους ώμους ψηλά ή πλάγια για να μην κάνει εισρόφηση, και ανοίγει το στόμα του με ήπιο χειρισμό, πιέζοντας με τον αντίχειρα την κάτω σιαγόνα προς τα κάτω. Έπειτα τοποθετεί τη σύριγγα στο στόμα και αφήνει να πέσει το φάρμακο στο πλάγιο μέρος της γλώσσας κατά σταγόνες με αργό ρυθμό για να μην πνιγεί. Τέλος αφήνει το βρέφος σε πλάγια θέση για να μην κάνει εισρόφηση. (9)



1.2 Ενδομυϊκή Ένεση σε παιδί

Η τεχνική της ενδομυϊκής ενέσεως στο παιδί περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει το παιδί πριν κάνει την ένεση.
- Μετρά τη δόση του φαρμάκου με μεγάλη ακρίβεια. Οι δόσεις είναι μικρές, συνήθως δεν υπερβαίνουν το 1cc. Σε βρέφος δεν υπερβαίνουν το 0,5 cc διότι οι μύες δεν είναι αναπτυγμένοι, γι' αυτό προτιμάται η θέση του μηρού.
- Τηρεί άσηπτη τεχνική κατά την διάρκεια της αναρρόφησης του φαρμάκου από την φύσιγγα.
- Ακινητοποιεί το σώμα του παιδιού για την πρόληψη ατυχήματος. Ζητά και τη βοήθεια άλλου αν χρειάζεται.
- Ο νοσηλευτής αφήνει τους γονείς να βοηθήσουν προστατευτικά το παιδί.
- Ψηλαφά τον μυ στο σημείο που καθόρισε να γίνει η ένεση με το δείκτη και το παράμεσο δάκτυλο του χεριού του, ελέγχοντας να μην υπάρχουν σκληρίες για να γίνει καλή απορρόφηση του φαρμάκου και να είναι λιγότερο επώδυνη η ένεση.
- Στη συνέχεια ο νοσηλευτής αφού κάνει καλή αντισηψία του δέρματος με τολύπιο και οινόπνευμα, πιάνει τη μυϊκή μάζα με το χέρι του ή τεντώνει το δέρμα στο σημείο της ενέσεως με τον αντίχειρα και τα δάκτυλα δείκτη και παράμεσο και εισάγει κάθετα τη βελόνα βαθιά με γρήγορη και σταθερή κίνηση.
- Πριν ενέσει το φάρμακο κάνει αναρρόφηση για να ελέγξει την θέση της βελόνας μήπως τρυπήσει αιμοφόρο αγγείο. Αν με την αναρρόφηση διαπιστώσει παρουσία αίματος στη σύριγγα σημαίνει τρώση αγγείου και επιβάλλεται τότε η μετακίνηση της βελόνας ή αφαίρεση της και αλλαγή θέσεως. Επαναλαμβάνει την αναρρόφηση μετά την αλλαγή της θέσεως.

- Ένας τρόπος να μειωθεί το stress του παιδιού γι' αυτή τη νοσηλεία είναι να του δώσει ο νοσηλευτής την ευκαιρία να κάνει ένεση σε κούκλα. Είναι μια εκτόνωση του θυμού του όταν αντιδρά έντονα. Διαπιστώνει έτσι ότι δεν αλλάζει τίποτα στο σώμα της, επομένως ούτε και στο δικό του. (2)



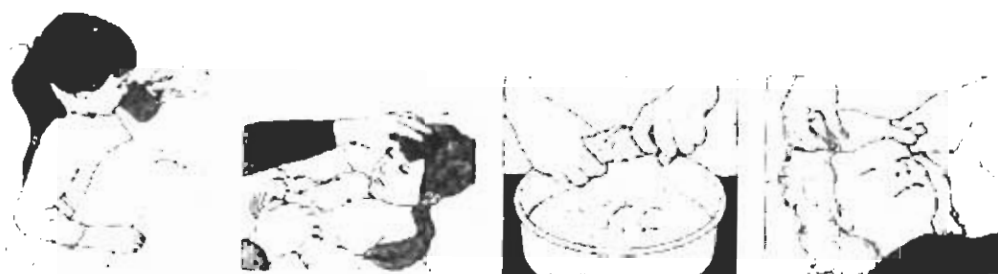
1.3 Νοσηλευτική Αντιμετώπιση παιδιού με Πυρετό

Ο πυρετός αυτός καθ' αυτός δεν χρειάζεται θεραπεία. Η παρουσία του πυρετού δεν πρέπει να επισκιάζεται από την αδιάκριτη χρησιμοποίηση αντιπυρετικών μέσων. Εάν όμως το παιδί είναι ανήσυχο ή έχει τοξική εμφάνιση εξαιτίας του πυρετού θα πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια να μειωθεί ο πυρετός με οποιαδήποτε από τα παρακάτω νοσηλευτικά μέτρα.

1. Αύξηση της χορήγησης υγρών στο παιδί για πρόληψη της αφυδάτωσης. Ο πυρετός αυξάνει τις ανάγκες του παιδιού σε υγρά, διότι αυξάνει το μεταβολικό ρυθμό.
2. Έκθεση του δέρματος στον ατμοσφαιρικό αέρα, ελαφρά κάλυψη του παιδιού, αποφυγή θερμών σφικτών ενδυμάτων και κουβερτών, μείωση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος. Η αποβολή θερμαντικού από το δέρμα δι' ακτινοβολίας είναι ο κύριος θερμορρυθμιστικός μηχανισμός για τα βρέφη και τα μικρά παιδιά.
3. Χλιαρό μπάνιο ή πλύσεις με χλιαρό νερό (θερμοκρασίας 21,1° C -27° C). Η θερμοκρασία μειώνεται καθώς εξατμίζεται το νερό από την επιφάνεια του δέρματος. Χλιαρά μπάνια πρέπει να γίνονται, όταν η θερμοκρασία του παιδιού είναι πάνω από 38,5° C.
4. Εξήγηση της διαδικασίας στο παιδί σε κατανοητή γλώσσα. Το μικρό παιδί κρατιέται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας και δεν αφήνεται ποτέ μόνο του στο μπανάκι του.
5. Παρότρυνση των γονέων να συμμετάσχουν στην διαδικασία.
6. Λήψη θερμοκρασίας, σφυγμού και αναπνοών πριν από την έναρξη του μπάνιου, για μετέπειτα σύγκριση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας.
7. Χορήγηση αντιπυρετικών εάν υπάρχει ιατρική εντολή, 15-20 λεπτά από την έναρξη της διαδικασίας. Παρατηρείται πιο γρήγορη μείωση της θερμοκρασίας, όταν η πλύση συνδυάζεται με χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου.
8. Τοποθέτηση θερμοφόρας στα πόδια του παιδιού για καταπολέμηση του αισθήματος ψύχους ή του ρίγους.
9. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων στα επιπολής αγγεία, στις περιοχές της μασχάλης και της μηροβουβωνικής πτυχής. Αποφεύγεται η χρήση τους στα βρέφη.

10. Συνέχιση του μπάνιου του παιδιού, μέχρις ότου η θερμοκρασία μειωθεί αρκετά. Συνήθως, η διαδικασία αυτή δεν διαρκεί πάνω από 30 λεπτά. Αν εμφανισθεί ρίγος, το παιδί καλύπτεται και διακόπτεται η πλύση για λίγα λεπτά. Σε περίπτωση που η κυάνωση ή το ρίγος δεν υποχωρήσει μετά από εντριβή του δέρματος, η πλύση διακόπτεται. Τα συμπτώματα αυτά είναι ενδεικτικά μεταβολής του αγγειοκινητικού τόνου.
11. Λήψη ζωτικών σημείων 30 λεπτά μετά το τέλος του μπάνιου.
12. Στέγνωμα του παιδιού, ντύσιμο με ελαφρές πιτζάμες και τοποθέτηση του σε στεγνό κρεβάτι.
13. Χορήγηση ασπιρίνης και ακεταμινοφαίνης για την αντιμετώπιση του πυρετού, αν και ασπιρίνη δεν πρέπει να χορηγείται στα παιδιά που πιθανόν να έχουν προσβληθεί από τον ιό της γρίπης ή ανεμευλογιά εξαιτίας του κινδύνου του συνδρόμου Reye. Για τα μικρά παιδιά και τα βρέφη προτιμάται η ακεταμινοφαίνη αντί της ασπιρίνης εξαιτίας της μικρής τοξικότητας σε θεραπευτικές δόσεις, αλλά και διότι είναι διαθέσιμη σε υγρή μορφή.
14. Χορήγηση ασπιρίνης σε χρονικά διαστήματα όχι μικρότερα από τέσσερις ώρες, διότι υπάρχει κίνδυνος τοξικής δράσης λόγω άθροισης του φαρμάκου. Μερικά από τα σημεία τοξικότητας (υπεραερισμός, εφίδρωση, πυρετός, έμετος και ευερεθιστότητα) μπορεί να μοιάζουν με τα συμπτώματα της αρρώστιας που αντιμετωπίζεται θεραπευτικά και να μην αναγνωρισθούν ως συμπτώματα της τοξικής επίδρασης της ασπιρίνης.
Η ακεταμινοφαίνη πρέπει επίσης να χορηγείται κάθε τέσσερις ώρες. Εφόσον η θερμοκρασία του σώματος φυσιολογικά μειώνεται τη νύκτα, τρεις με τέσσερις δόσεις στο 24ωρο συνήθως αρκούν για τον έλεγχο του πυρετού τις περισσότερες φορές.
15. Λήψη θερμοκρασίας 30 λεπτά μετά τη χορήγηση του αντιπυρετικού για εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του, αλλά επανειλημμένες θερμομετρήσεις πρέπει να αποφεύγονται· η καλύτερη ένδειξη για να συνεχισθεί η θεραπεία είναι ο βαθμός ανησυχίας του παιδιού.

16. Κάλυψη με υποθερμική κουβέρτα. Αυτή συνήθως η μέθοδος χρησιμοποιείται για τα μεγαλύτερα παιδιά.
17. Χρησιμοποίηση παγοκύστεων για τοπική ανακούφιση. Αποφεύγεται η χρήση τους στα βρέφη, γιατί ενδέχεται να προκληθεί αίσθημα ψύχους. (3)



Τρόπος αντιμετώπισης πυρετού στα παιδιά.

1.4 Πυρετικοί Σπασμοί

Είναι καθολικοί τονικοκλονικοί σπασμοί που εκλύονται κατά την απότομη αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Συνήθως εκλύονται κατά την εισβολή ιογενών και σπανιότερα μικροβιακών λοιμώξεων μετά τον 6^ο μήνα της ζωής. Συχνότεροι είναι μεταξύ του 2^{ου} και 3^{ου} έτους. Οι πυρετικοί σπασμοί είναι σχετικά μικρής διάρκειας από 3-5 λεπτά και σπανιότερα 10 λεπτά.

Αντιμετωπίζονται με την καταπολέμηση του πυρετού, στην αρχή με λουτρό θεραπείας 32° C ή υγρών ψυχρών περιτυλίξεων, παράλληλα δε με αντιπυρετικά και αντιεπιληπτικά φάρμακα. (20)

Νοσηλευτική Φροντίδα παιδιών με Σπασμούς

Η νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με σπασμούς περιλαμβάνει:

1. **Ιστορικό.** Το ιστορικό συνήθως το παίρνει ο νοσηλευτής από τους γονείς ή από το άτομο που φροντίζει το παιδί και ζει μαζί του.
 - I. Γνωστό επεισόδιο σπασμών.
 - II. Φάρμακα που πιθανόν παίρνει το παιδί.
 - III. Παθήσεις που δυνατόν να συνοδεύονται από σπασμούς π.χ. υπέρταση κλπ.
 - IV. Οξύ νόσημα πριν από την εμφάνιση των σπασμών.
2. **Περιγραφή της κρίσης**
 - I. Τοπικοί ή γενικευμένοι σπασμοί.
 - II. Διάρκεια.
 - III. Απώλεια ούρων-κοπράνων.
 - IV. Κυάνωση.
3. **Διαγνωστικές εξετάσεις** που πρέπει να παραγγελθούν και να παρθούν είναι: ηλεκτρολύτες, ουρία, σάκχαρο αίματος, ασβέστιο, PH, γενική εξέταση ούρων, και ετοιμασία για οσφυονωτιαία παρακέντηση. (4)

1.5 Γενικά μέτρα που πρέπει να ληφθούν σε κάθε περίπτωση σπασμών είναι:

- Εξακρίβωση αν είναι ελεύθεροι οι αναπνευστικές οδοί, δηλαδή να μην υπάρχει απόφραξη από σίελο ή εμέσματα ή τα ρούχα να μην είναι πολύ σφιχτά στον τράχηλο.
- Αναρρόφηση αν χρειάζεται. Σ' αυτή την περίπτωση το κεφάλι πρέπει να βρίσκεται χαμηλότερα από το κορμί.
- Αν η αναπνοή εμποδίζεται από τη γλώσσα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί γλωσσοπίεστρο με συνεχή παρακολούθηση της αναπνοής.
- Χορηγείται οξυγόνο ανεξάρτητα αν υπάρχει κυάνωση ή όχι.
- Λαμβάνονται όλα τα μέτρα για ν' αποφευχθεί ο τραυματισμός του παιδιού κατά την διάρκεια των σπασμών.
- Γίνεται φυσική εξέταση του παιδιού.
- Παρακολουθούνται και καταγράφονται προσεκτικά τα ζωτικά σημεία.
- Γίνεται αιμοληψία για τις απαραίτητες εξετάσεις.
- Τοποθετείται ορός. Χορηγείται γλυκόζη 5% σε διάλυμα χλωριούχου νατρίου 0,25%.
- Μετά τη σταθεροποίηση της αναπνοής και της καρδιακής λειτουργίας, αρχίζει η αντισπασμωδική θεραπεία με φάρμακα. (4)

ΜΕΡΟΣ Γ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Νοσηλευτική Φροντίδα παιδιού που πρόκειται να κάνει Χειρουργική Επέμβαση

Εισαγωγή: Η χειρουργική επέμβαση θεωρείται η πιο τραυματική εμπειρία για τα παιδιά. Τόσο οι ψυχολογικές όσο και οι φυσικές απόψεις της φροντίδας είναι σημαντικές για την προσαρμογή του παιδιού και την ανάρρωσή του. Μολονότι οι διαδικασίες που σχετίζονται με χειρουργική επέμβαση διαφέρουν ανάλογα με το είδος της επέμβασης, τα ακόλουθα αποτελούν μια ανασκόπηση των γενικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων. (3)

Προεγχειρητική Φροντίδα

1. Εξασφάλιση ψυχολογικής προετοιμασίας και υποστήριξης καθώς και προεγχειρητικής διδασκαλίας ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Μία τέτοια προετοιμασία θα μειώσει το άγχος και θα βοηθήσει το παιδί να αντιμετωπίσει τους φόβους του. (3)
2. Η ενημέρωση του παιδιού θα πρέπει να περιλαμβάνει τους παρακάτω κανόνες:
 - ◆ Ουδέποτε λέμε ψέματα στα παιδιά.
 - ◆ Οι πληροφορίες μεταδίδονται σε γλώσσα και ορολογία κατανοητή από το παιδί. (4)
 - ◆ Ενθάρρυνση υποβολής ερωτήσεων και παροχή ειλικρινών απαντήσεων.
 - ◆ Καθορισμός του τι γνωρίζει το παιδί ή τι αναμένει.
 - ◆ Προσανατολισμός του αρρώστου και της οικογένειας στη μονάδα, στο δωμάτιο, στο χώρο του παιχνιδιού, στο χειρουργείο και στην αίθουσα ανάληψης και γνωριμία αυτών με τα άλλα παιδιά και τους γονείς τους με το προσωπικό.

- ◆ Εξασφάλιση ευκαιριών στο παιδί και στους γονείς, για να διαπραγματευθούν με τις ανησυχίες και τα αισθήματα τους (παιχνίδι, συζήτηση). Μια τέτοια υποστηρικτική φροντίδα πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα λιγότερο ανησυχητική συμπεριφορά και καλύτερη συνεργασία.
 - ◆ Ετοιμασία του παιδιού για το τι πρέπει να περιμένει μετά την εγχείρηση (π.χ. αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν ή θα συνδεθούν με το παιδί, πώς θα αισθάνεται, τι θα του κάνουν, δίαιτα).
 - ◆ Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή ειλικρινών απαντήσεων. Οι ερωτήσεις του παιδιού θα βοηθήσουν το νοσηλευτή να κατανοήσει καλύτερα τους φόβους και την αντίληψη του για το τι συμβαίνει. Τα βρέφη και τα μικρά παιδιά χρειάζονται ν' αναπτύξουν μια σχέση εμπιστοσύνης με αυτούς που τα περιποιούνται ενώ το μεγαλύτερο παιδί ηρεμεί περισσότερο με τις πληροφορίες που παίρνει.
3. Βοήθεια στη φυσική προετοιμασία του παιδιού.
- Αποφυγή χορήγησης τροφής και υγρών από το στόμα. Συνήθως στο παιδί δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα 12 ώρες πριν από την επέμβαση, για να αποφευχθεί εισρόφηση από εμέτους κατά τη διάρκεια της αναισθησίας. (3)
- Ανάλογα με την ηλικία είναι και ο χρόνος νηστείας όπως:
- α) Από τη γέννηση μέχρι ηλικίας έξι μηνών, γίνεται διακοπή γάλακτος και άλλων τροφών από τα μεσάνυκτα αν φυσικά το παιδί χειρουργηθεί νωρίς το πρωί.
 - β) Από την ηλικία των έξι μηνών μέχρι τριών ετών διακοπή γάλακτος και άλλων τροφών από τα μεσάνυκτα, και νερού ή σακχαρούχων από τις 2π.μ.
 - γ) Στα μικρά παιδιά που χειρουργούνται απόγευμα χορηγούμε υγρά σακχαρούχα τέσσερις ώρες πριν την εγχείρηση. (4)
 - ◆ Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων. Αναφορά οποιασδήποτε παρέκκλισης από τα ζωτικά σημεία, της βασικής γραμμής, ιδιαίτερα της θερμοκρασίας.
 - ◆ Βοήθεια για μείωση του πυρετού. Ο πυρετός μπορεί να είναι αποτέλεσμα χειρουργικών παθήσεων (π.χ. εντερικής απόφραξης) ή λοίμωξης. Ο πυρετός αυξάνει τον κίνδυνο από την αναισθησία και την ανάγκη για υγρά και θερμίδες.

- ♦ Χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική εντολή (συχνά χορηγούνται ηρεμιστικά και φάρμακα που μειώνουν τις εκκρίσεις).
 - ♦ Καλή ενυδάτωση ιδιαίτερα των βρεφών. Η παρεντερική χορήγηση υγρών μπορεί να είναι απαραίτητη για την ενυδάτωση του παιδιού, κυρίως όταν αυτό δεν παίρνει τίποτα από το στόμα, έχει εμέτους ή πυρετό.
 - ♦ Παρότρυνση του παιδιού να ουρήσει πριν από την προνάρκωση, για να προληφθεί διάταση της κύστης ή απώλεια ούρων κατά τη διάρκεια της νάρκωσης. Σημείωση του χρόνου της τελευταίας ούρησης, εάν δεν μπορεί να ουρήσει.
4. Πρόληψη επιπλοκών:
- ♦ Εάν το παιδί είναι αλλεργικό, επιβεβαιώνεται ότι αυτό αναφέρεται ευκρινώς στο διάγραμμα.
 - ♦ Έλεγχος των εργαστηριακών αποτελεσμάτων για διαπίστωση κάποιας συστηματικής διαταραχής, όπως λοίμωξη (αύξηση λευκών αιμοσφαιρίων), αναιμία (μείωση Hb και \ ή Hct) ή αιμορραγικές διαθέσεις (μείωση αιμοπεταλίων ή παράταση του χρόνου ροής και πήξης).
5. Υποστήριξη των γονέων κατά την κρίσιμη περίοδο. Η στάση των γονέων στη νοσοκομειακή περίθαλψη και τη χειρουργική επέμβαση προσδιορίζει, σε μεγάλο βαθμό, τη στάση των παιδιών τους. Οι γονείς μπορεί να διακατέχονται από συναισθήματα φόβου ή ενοχής. Γι' αυτό πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σ' αυτούς, να διερευνώνται και να διευκρινίζονται τα αισθήματα τους και οι σκέψεις τους και να τους παρέχεται ακριβής πληροφόρηση και ψυχολογική υποστήριξη. Επίσης είναι απαραίτητο να τονιστεί η σπουδαιότητα της παρουσίας των γονέων κοντά στο παιδί. Ο νοσηλευτής βοηθά τη μητέρα να καταλάβει ότι είναι σε θέση να φροντίσει το παιδί της. (3)

Μετεγχειρητική Φροντίδα

A. Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα

1. Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και πρόληψη εισρόφησης.
2. Τοποθέτηση του παιδιού σε πλάγια ή πρήνη θέση, για να διευκολυνθεί η αποβολή των εκκρίσεων και να αποφευχθεί ολίσθηση της γλώσσας προς τα πίσω και απόφραξη του λάρυγγα.
3. Αναρρόφηση των εκκρίσεων, αν υπάρχουν.
4. Συνεχής παρακολούθηση της γενικής κατάστασης και των ζωτικών σημείων. Λήψη ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά μέχρι την πλήρη ανάνηψη του παιδιού και τη σταθεροποίηση της κατάστασης του. Μεταβολή στα ζωτικά σημεία μπορεί να σημαίνει απόφραξη των αεροφόρων οδών, αιμορραγία ή ατελεκτασία. Άμεση αναφορά στο γιατρό.
5. Σημείωση του αναπνευστικού ρυθμού και των χαρακτηριστικών του, των σφύξεων και των χαρακτηριστικών τους, της αρτηριακής πίεσης, του χρώματος του δέρματος και του επιπέδου συνείδησης.
6. Παρατήρηση για σημεία shock. Όλα τα παιδιά σε shock εμφανίζουν ωχρότητα, αύξηση των σφύξεων και ακανόνιστες αναπνοές. Τα μεγαλύτερα παιδιά έχουν μειωμένη αρτηριακή πίεση και εφίδρωση. (3)
7. Ελέγχεται το τραύμα για αιμορραγία ή εφαρμογή υπερβολικής πίεσης και σύσφιξης. (4)
8. Ελέγχεται εάν όλοι οι σωλήνες παροχέτευσης είναι καλά συνδεδεμένοι και λειτουργούν κανονικά. Η γαστρική αναρρόφηση ανακουφίζει το παιδί από την κοιλιακή διάταση και ελαττώνει την πιθανότητα αναπνευστικής δυσχέρειας.
9. Χορήγηση υγρών παρεντερικώς, σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
10. Ενθάρρυνση των γονέων να βρίσκονται κοντά στο παιδί τους την ώρα που θα συνέρχεται από τη νάρκωση. (3)

1.2 Μετά την Ανάνηψη

Εάν το παιδί έχει υποστεί μικρή επέμβαση και έχει πάρει λίγη νάρκωση μπορεί να παίζει και να φάει μετά από μερικές ώρες. Εάν όμως το παιδί έχει υποστεί μεγάλη επέμβαση, τότε παραμένει εξασθενημένο για μακρό χρονικό διάστημα. (4)

1. Συνεχίζεται η παρακολούθηση και αξιολόγηση της κατάστασης του παιδιού. Συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και της συμπεριφοράς. Έλεγχος επιδερμικού υλικού, τραύματος και των ειδικών συσκευών (Ε.Φ., εγχύσεις, παροχέτευση θώρακα, οξυγόνο). (3)
2. Παρατήρηση για σημεία αφυδάτωσης. Το ξηρό δέρμα, ο πυρετός, η ταχυκαρδία, ο χαμηλός ρυθμός διούρησης και το υψηλό ειδικό βάρος των ούρων μπορεί να σημαίνει αφυδάτωση. Ο βαθμός της αφυδάτωσης στα παιδιά προσδιορίζεται με τα παρακάτω κλινικά κριτήρια:
 - ◆ Σπαργή του δέρματος. Αυτή εκτιμάται καλύτερα στην προστερνική περιοχή, όπου υπάρχει ελάχιστο υποδόριο λίπος. Στο ενυδατωμένο παιδί, η πτυχή του δέρματος πρέπει να επανέρχεται στην επίπεδη κατάσταση αμέσως μετά την απομάκρυνση των δακτύλων. Αν η επάνοδος καθυστερεί, σημαίνει το λιγότερο 5% αφυδάτωση.
 - ◆ Εισολκή των πληγών σε νεογνά και βρέφη. Η εισολκή σε συνδυασμό με ελλειπή σπαργή του δέρματος σημαίνει μέχρι και 10% αφυδάτωση.
 - ◆ Εισέχοντες οφθαλμοί. Οι εισέχοντες οφθαλμοί μαζί με τα παραπάνω κριτήρια φανερώνουν 10-20% αφυδάτωση.
 - ◆ Αλλαγή του βάρους του σώματος.
 - ◆ Αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ενώ έχουν αποκλειστεί άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες.
3. Ακριβής καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, όπως ενδοφλέβια υγρά, υγρά από το στόμα, ούρα, υγρά παροχετεύσεων (στομάχου, θώρακα, τραύματος).
Χορήγηση υγρών παρεντερικώς με βάση τα αποβαλλόμενα υγρά. Η παρεντερική χορήγηση παρατείνεται, μέχρις ότου το παιδί έλθει σε θέση να λαμβάνει υγρά σε επαρκείς ποσότητες από το στόμα. (4)
4. Ακριβής καταγραφή κάθε κένωσης ή αποβολής αερίων από το έντερο. Παρατήρηση για ειλεό, διότι τα παιδιά όταν κλαίνε καταπίνουν αέρα και ακόμη και ο παραμικρός βαθμός ειλεού προκαλεί γαστρική διάταση.
5. Σίτιση του παιδιού από το στόμα, ανάλογα με την κατάσταση του, την ηλικία του και τις ιατρικές εντολές. Αρχικά, χορηγούνται υγρά και εφόσον αυτά γίνονται ανεκτά χορηγείται προοδευτικά πλήρης τροφή ανάλογα με την ηλικία. Παρακολούθηση για έμετο ή κοιλιακή διάταση. Σε ενδεχόμενη ανορεξία, προσφέρονται στο παιδί τροφές της αρεσκείας του σε μικρές ποσότητες και με ελκυστικό τρόπο.

6. Πρόληψη των λοιμώξεων. Αποφυγή επαφής του παιδιού με παιδιά ή προσωπικό που έχουν αναπνευστική ή άλλη λοίμωξη. Αλλαγή θέσης του παιδιού κάθε 2-3 ώρες.
Ενθάρρυνση του παιδιού να βήχει και να αναπνέει βαθιά. Ακινητοποίηση του εγχειρητικού τραύματος με τα χέρια ή με μαξιλάρι πριν από το βήχα.
Άσηπτη επίδεση του χειρουργικού τραύματος και αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική. Προσοχή να μη μολυνθεί το τραύμα με τα ούρα του παιδιού. Διατήρηση της τραυματικής επιφάνειας καθαρής.
7. Εξασφάλιση καλής γενικής υγιεινής.
Η καλή φροντίδα του δέρματος διεγείρει την κυκλοφορία και προλαβαίνει τις κατακλίσεις.
Εξασφάλιση κατάλληλων περιόδων ανάπαυσης και ύπνου.
Παρότρυνση του παιδιού να κάνει ασκήσεις και να σηκώνεται από το κρεβάτι του, εφόσον η κατάσταση του το επιτρέπει.
8. Εξασφάλιση άνεσης. Πρόβλεψη και κάλυψη των αναγκών του παιδιού, χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση του παιδιού από τον πόνο σύμφωνα με την ιατρική εντολή και παρακολούθηση της απόκρισης του παιδιού σ' αυτά. Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας του παιδιού καθώς και φροντίδα ώστε το παιδί να είναι ζεστό και ν' αλλάζει θέση όπως χρειάζεται.
9. Συγκινησιακή υποστήριξη και εξασφάλιση ψυχολογικής ασφάλειας. Ενθάρρυνση του παιδιού να μιλήσει για την επέμβαση και για τους φόβους του. Το παιδί ενδέχεται να μην έχει αντιληφθεί τι ακριβώς συνέβη· η ακριβής περιγραφή από το νοσηλεύτη θα το βοηθήσει να ξεπεράσει τους παράλογους φόβους του. Εάν το παιδί είναι μικρό και δεν μπορεί να εκφράσει λεκτικά τις σκέψεις και τα αισθήματα του, είναι όμως ικανό να αυτοεκφρασθεί με το παιχνίδι, θα πρέπει να του δοθεί η δυνατότητα να παίξει το ταχύτερο δυνατό.
10. Υποστήριξη των γονέων και ενθάρρυνση τους να συζητούν τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους. Διδασκαλία των ειδικών διαδικασιών που θα συνεχισθούν στο σπίτι. Χορήγηση γραπτών οδηγιών. (3)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Νοσηλεία Παιδιού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας

Νοσηλευτικές αρμοδιότητες και ευθύνες στην Παιδιατρική Εντατική Μονάδα Νοσηλείας

1. Παροχή συνεχούς, πλήρους σωματικής φροντίδας και υποστηρικτικής φροντίδας που χρειάζεται για να διατηρηθεί η ζωή και να βοηθηθεί η ανάρρωση των οξέως πασχόντων παιδιών.
2. Ψυχολογική υποστηρικτική φροντίδα των παιδιών.
3. Ψυχολογική υποστήριξη των γονέων και των οικογενειών των άρρωστων παιδιών στην Μονάδα.
4. Ουσιαστική συμμετοχή του νοσηλευτού σαν μέλους της υγειονομικής ομάδας με την αξιολόγηση των αναγκών του παιδιού, τον προγραμματισμό και την εκτέλεση της φροντίδας καθώς και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της.
5. Ανάλυση του ρόλου «δικηγόρου-υπερασπιστού» του παιδιού για τον σεβασμό των βασικών δικαιωμάτων του. (6)

2.2 Σωματική Φροντίδα του Παιδιού

1. Εφαρμογή των γνώσεων για την παθογένεση της αρρώστιας στην αξιολόγηση των αναγκών του αρρώστου και στον προγραμματισμό της νοσηλείας του.
2. Εκτέλεση περίπλοκων νοσηλευτικών τεχνικών για τη συστηματική παρακολούθηση και υποστήριξη της ζωής του παιδιού. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν:
 - Σύνδεση με το καρδιοσκόπιο και μανόμετρο για την παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας, της αναπνοής και της αρτηριακής πίεσης.
 - Στοιχειώδης ερμηνεία του ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ).
 - Ενδοτραχειακή αναρρόφηση.
 - Χορήγηση οξυγόνου.
 - Περιποίηση τραχειοστομίας.

- ◆ Χειρισμός του αναπνευστήρα.
 - ◆ Εφαρμογή συσκευής μέτρησης κεντρικής φλεβικής πίεσης.
 - ◆ Παρακολούθηση ενδοκρανιακής πίεσης.
 - ◆ Μέτρηση αρτηριακής πίεσης.
 - ◆ Υπερσιτισμός
 - ◆ Συλλογή δειγμάτων για εξέταση.
 - ◆ Θωρακική παροχέτευση.
3. Εκτέλεση νοσηλευτικών ενεργειών σχετικών με την υποστήριξη ζωής του παιδιού. Αυτές περιλαμβάνουν:
- ◆ Καρδιοπνευμονική υποστήριξη.
 - ◆ Τεχνητή αναπνοή.
 - ◆ Παρατήρηση νευρολογικών σημείων.
 - ◆ Αξιολόγηση και διατήρηση ισορροπίας ύδατος και θρέψεως.
 - ◆ Παρατήρηση για τυχόν επιλοκές και μεταβολές κατάστασης.
4. Εφαρμογή γενικών νοσηλευτικών μέτρων για την άνεση του αρρώστου και την πρόληψη επιλοκών.
- ◆ Σωστή τοποθέτηση στο κρεβάτι για πρόληψη επιλοκών.
- Παροχέτευση βρογχικών εκκρίσεων και ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της πίεσης στο δέρμα, όπου προεξέχουν οστά κυρίως.
- ◆ Σύνδεση με το καρδιοσκόπιο και ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος.
 - ◆ Περιποίηση του δέρματος για πρόληψη κατακλίσεων.
 - ◆ Φροντίδα των οφθαλμών για πρόληψη επιπεφυκίτιδας και βλάβης του κερατοειδούς σε παιδιά με απώλεια συνείδησης.
 - ◆ Ισορροπία υγρών – καθημερινή καταγραφή των προσλαμβανόμενων δι' όλων των οδών και των αποβαλλόμενων με τα ούρα, τις κενώσεις, εμετούς, αιμορραγίες και άλλες παροχετεύσεις. Ευαισθησία στην απώλεια ή λήψη βάρους.
 - ◆ Περιποίηση στόματος – καθαρισμός στόματος από εκκρίσεις, εμέσματα, ιδιαίτερα σε παιδιά με απώλεια συνείδησης ή με ενδοτραχειακό σωλήνα.
 - ◆ Πρόληψη και έλεγχος των μολύνσεων.
5. Προσεκτική συνεχής κλινική παρατήρηση και παρακολούθηση του παιδιού. (6)

2.3 Ψυχολογική Υποστήριξη του Παιδιού

1. Εξοικείωση του παιδιού με τη μονάδα πριν εισαχθεί.
2. Άμεση σωματική περιποίηση που μεταβιβάζει δύναμη και διευκολύνει την ανάπτυξη εμπιστοσύνης.
3. Παρακολούθηση για τυχόν αλλαγές συμπεριφοράς που μπορούν να σημαίνουν σωματική δυσφορία.
4. Διευκόλυνση επικοινωνίας γονέων – παιδιού.
5. Προγραμματισμός δραστηριοτήτων. Ελάττωση του φωτισμού για επαρκή ύπνο όταν είναι δυνατόν.
6. Χρησιμοποίηση κάθε δυνατού μέσου για ελάττωση του πόνου του παιδιού.
7. Παροχή ερεθισμάτων κατάλληλων για την ηλικία του παιδιού και όταν το επιτρέπει η κατάσταση του (π.χ. τηλεόραση, βιβλία, παιχνίδια κ.λ.π.).
8. Παροχή ευκαιριών στο παιδί για να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του.
9. Προετοιμασία του παιδιού για μεταφορά από τη μονάδα εντατικής νοσηλείας με την εφαρμογή προγράμματος νοσηλείας παρόμοιου με εκείνο που θα έχει το παιδί στο κανονικό τμήμα (π.χ. μέτρηση των ζωτικών σημείων σε αραιότερα χρονικά διαστήματα, ενθάρρυνση ανεξάρτητης αυτοφροντίδας). Κατά τη μεταφορά, λεπτομερής περιγραφική έκθεση προς το νοσηλευτή που περιλαμβάνει το παιδί. (6)

2.4 Ψυχολογική Υποστήριξη της Οικογένειας

1. Προσανατολισμός των γονέων στη μονάδα και τις αίθουσες αναμονής. Διευκρίνιση του κανονισμού επισκεπτηρίου.
2. Βεβαίωση των γονέων ότι γίνεται κάθε τι το δυνατόν για το παιδί τους. Όταν είναι δυνατόν να τους επιτρέπεται να βλέπουν το παιδί τους την ώρα της νοσηλείας.
3. Εξήγηση του ειδικού εξοπλισμού και των αλλαγών στη νοσηλευτική φροντίδα.
4. Παροχή ευκαιριών στους γονείς να απευθύνουν ερωτήσεις και να πάρουν απαντήσεις γι' αυτά που ανησυχούν.
5. Ενθάρρυνση των γονέων να επικοινωνούν με το παιδί τους με λόγια και με την περιποίηση του.
6. Διευκόλυνση της εκδήλωσης του ψυχικού πόνου των γονέων.
7. Παραπομπή των γονέων σε κατάλληλες κοινωνικές υπηρεσίες για βοήθεια οικονομική ή στα ψυχολογικά τους προβλήματα. (6)

2.5 Παθήσεις Στοματικής Κοιλότητας

Λαγόχειλος: Είναι διαμαρτία της διαπλάσεως και συμβαίνει κατά τον 1^ο- 3^ο μήνα της εμβρυϊκής ζωής. Παραδέχονται ότι είναι σχηματισμός επιθηλίου στις επιφάνειες που έπρεπε να γίνει συνένωση του πάνω χείλους και της υπερώας.

Ο λαγόχειλος λοιπόν είναι απλή σχισμή του άνω χείλους ή μη συνένωση αυτού. Είναι δυνατόν η εγκοπή (σχισμή) να είναι βαθιά και να φθάνει μέχρι τους ρωθώνες. Η διαμαρτία μπορεί να είναι μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη.

Η θεραπεία είναι χειρουργική και είναι καλό να γίνει μεταξύ της 3^{ης} εβδομάδας της ζωής μέχρι τον 3^ο μήνα. Τα αποτελέσματα της χειρουργικής επεμβάσεως στην περίπτωση αυτή είναι καλά. Εάν όμως καθυστερήσει η χειρουργική επέμβαση, η επιτυχία της είναι αμφίβολη, επειδή παρεμποδίζεται η σαρκοφυΐα λόγω κακής θρέψεως του βρέφους εξαιτίας της διαμαρτίας αυτής.

Η εγχείρηση περιλαμβάνει απλή ραφή των τμημάτων του άνω χείλους και στη συνέχεια πλαστική, για αισθητική διόρθωση. (8)

Λυκόστομα: Είναι η μη συνένωση της υπερώας και οφείλεται στο σχηματισμό επιθηλίου στις επιφάνειες όπου πρέπει να γίνει η συνένωση. Η σχισμή μπορεί να είναι μόνο στη μαλακή υπερώα, μπορεί όμως να επεκτείνεται και στη σκληρή και ακόμη να περιλαμβάνει τον ένα ή και τους δύο ρωθώνες. Τα παιδιά αυτά δεν μπορούν να τρώνε και να μιλάνε καλά, γι' αυτό είναι αναγκαία η χειρουργική επέμβαση. Η καλύτερη περίοδος για τη χειρουργική επέμβαση είναι το δεύτερο έτος της ηλικίας, κατ' άλλους το πρώτο. Σε περίπτωση που η εγχείρηση θα καθυστερήσει, μπορεί να συνεχιστεί η διαταραχή της ομιλίας.

Πολλές φορές είναι ανάγκη, για να κλείσει η σχισμή, να προστεθούν ιστοί (πλαστική χειρουργική επέμβαση). Οι πλαστικές εγχειρήσεις για την αισθητική διόρθωση είναι καλύτερα να γίνουν στο 3^ο-4^ο έτος της ηλικίας. (8)

Νοσηλευτική Φροντίδα

Η επιτυχία των εγχειρήσεων αυτών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη φροντίδα που δέχονται τα παιδιά αυτά, πριν και μετά την εγχείρηση. Να αποφεύγεται εγχείρηση σε περίπτωση που υπάρχει φλεγμονή του ρινοφάρυγγα και των αμυγδαλών γιατί δεν μπορούμε να πετύχουμε ασηψία της στοματικής κοιλότητας. Οποσδήποτε επιβάλλεται καλή καθαριότητα της περιοχής. Με την καθαριότητα και κυρίως εξαιτίας της καλής αιματώσεως των ιστών, η επούλωση του τραύματος πετυχαίνεται πολύ γρήγορα, παρά την αφθονία των μικροβίων που σαπροφυτούν.

Πριν και μετά την εγχείρηση η ρινική και η στοματική κοιλότητα ψεκάζονται σε συχνά χρονικά διαστήματα με ελαφρό αλκαλικό αντισηπτικό. Μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται πλύση στοματικής κοιλότητας. Η περιοχή του τραύματος καθαρίζεται, με τη βοήθεια αντισηπτικού, από τις εκκρίσεις, τα υπολείμματα του γάλακτος κ.λ.π.

Αν το τραύμα διατηρείται καθαρό και χωρίς μολύνσεις, το αισθητικό αποτέλεσμα της εγχειρήσεως είναι καλύτερο. Ο θηλασμός απαγορεύεται τις πρώτες 5-6 ημέρες και το παιδί τρέφεται με σταγονόμετρο.

Οι φυσικές ανάγκες του βρέφους πρέπει να ικανοποιούνται για να αποφεύγεται το κλάμα, το οποίο προκαλεί διάταση στη ραφή και έτσι εμποδίζεται η επούλωση.

Ο κίνδυνος που διατρέχει το παιδί αμέσως μετά την εγχείρηση είναι η ασφυξία. Για να αποφύγουμε τον κίνδυνο αυτό, το παιδί τοποθετείται πλάγια με το κεφάλι χαμηλά, έτσι ώστε ο εμετός, το αίμα και τα υγρά να βγαίνουν εύκολα από το στόμα. Ακόμη η ασφυξία μπορεί να προκληθεί με την απόφραξη του λάρυγγα από πτώση της γλώσσας. Αυτό αποφεύγεται αν κρατηθεί η γλώσσα προς τα έξω με τη βοήθεια μέταξας που έχει περαστεί στη ρίζα της γλώσσας κατά τη χειρουργική επέμβαση. Η κλωστή αφαιρείται αμέσως, μόλις το παιδί ξυπνήσει από τη νάρκωση.

Δυνατόν να εμφανισθεί δύσπνοια, όταν κατά την εγχείρηση έχει μικρύνει πολύ ο αυλός των ρωθώνων. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί στενά το παιδί, πιέζει ελαφρά το κάτω χείλος για να αυξάνει ο αέρας που εισπνέει, μέχρι που το παιδί να προσαρμοσθεί στη νέα κατάσταση. Είναι πιθανό να περιορίσουμε τα χέρια για να τα κρατήσουμε μακριά από το πρόσωπο και το τραύμα. Για το σκοπό αυτό τοποθετούμε νάρθηκα στον αγκώνα, έτσι ώστε να εμποδίζεται η κάμψη του.

Οι νάρθηκες πρέπει να απομακρύνονται κάθε τέσσερις ώρες και να γίνεται μασάζ στην περιοχή αυτή. Ακόμη πρέπει να αλλάζει θέση το παιδί, για ν' αποφευχθούν επιπλοκές του θώρακα.

Η μητέρα του παιδιού, που είχε λαγόχειλο και λυκόστομα και που μόνο το λαγόχειλο διορθώθηκε, πρέπει να διδαχθεί πώς να περιποιείται το παιδί της, μέχρι να γίνει και η δεύτερη εγχείρηση. Πρέπει να μάθει τον πιο αποτελεσματικό τρόπο διατροφής του παιδιού και προφυλάξεως του από αναπνευστικές μολύνσεις.

Η μεγάλης διάρκειας μετεγχειρητική φροντίδα του παιδιού, που έκανε τις παραπάνω διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις, πρέπει να περιλαμβάνει κατάλληλη διδασκαλία του παιδιού, για να προφέρει λέξεις σωστά. (8)

2.6 Νεανικός Σακχαρώδης Διαβήτης

Είναι συχνό (0,5-1%) χρόνιο, βαρύ νόσημα της παιδικής ηλικίας. Οφείλεται σε έλλειψη ινσουλίνης και διαταραχές του μεταβολισμού των υδατανθράκων από άγνωστα αίτια. Υπάρχει κληρονομική προδιάθεση.

Κλινική εικόνα: εκδηλώνεται με πολυουρία, πολυδιψία και απώλεια βάρους. Εάν δεν διαγνωσθεί έγκαιρα η κατάσταση επιβαρύνεται και παρουσιάζεται αφυδάτωση και διαβητική οξέωση με ξηρότητα στόματος, πτώση της πίεσης, ταχύπνοια, υπέρπνοια, υπνηλία και απόπνοια οξόνης. Εάν η κατάσταση δεν αντιμετωπισθεί άμεσα ο ασθενής θα μεταπέσει σε κώμα. (20)

Σκοποί της Νοσηλευτικής Παρεμβάσεως

- Να μπορεί να ζήσει τη ζωή του όπως τη ζουν και αυτοί που δεν προσβλήθηκαν από την αρρώστια.
- Να προλάβει τις επιπλοκές του διαβήτη που προβληματίζουν τον άρρωστο και το άμεσο περιβάλλον του και το οδηγούν σε ανεπανόρθωτη αναπηρία.
- Να μη μειωθεί το προσδόκιμο επιβιώσεως του. (7)

Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Προβλημάτων / Αναγκών

Θεωρητικά τα νοσηλευτικά προβλήματα / ανάγκες του αρρώστου με νεανικό διαβήτη χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: στην κατηγορία της οξείας και υποξείας φάσης, και της φάσης της προετοιμασίας του παιδιού για έξοδο. Στη συνέχεια αναφέρονται χωριστά τα νοσηλευτικά προβλήματα της καθεμίας από τις τρεις κατηγορίες.

Στην **οξεία φάση** η νοσηλεύτρια θα πρέπει,

- Να είναι ενήμερη για τις συνήθεις αιτίες της διαβητικής οξέωσης.
- Να εφαρμόζει τις αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας παιδιού που βρίσκεται σε κώμα.
- Να διατηρεί την ενδοφλέβια θεραπεία.
- Να είναι έτοιμη για ενδοφλέβια χορήγηση ινσουλίνης.
- Να βοηθήσει στην εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για την ανακούφιση από τον μετεωρισμό και τους εμέτους.
- Να γράφει με ακρίβεια τα λαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά για την αξιολόγηση ισοζυγίου.
- Να αξιολογεί πως ανταποκρίνεται ο άρρωστος στη θεραπεία που του έχει εφαρμοσθεί, από τα ευρήματα των εργαστηριακών εξετάσεων (σάκχαρο αίματος, αέρια αίματος, σάκχαρο και οξόνη ούρων), από τα ζωτικά σημεία (θερμοκρασία, σφυγμοί, αναπνοές, Α.Π. αίματος), από το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Να προσφέρει ασφαλές και άνετο περιβάλλον με στρώμα εναλασσόμενης πίεσεως αέρα, με συχνή αλλαγή θέσεως στο κρεβάτι, με κατάλληλη θέση των μελών του σώματος στο κρεβάτι, με την επιμελημένη φροντίδα του δέρματος και του στόματος και με την άσηπτη τεχνική στην τοποθέτηση και διατήρηση ενδοφλέβιας χορηγήσεως υγρών, στην τοποθέτηση και διατήρηση ουροκαθετήρα (όταν ο άρρωστος το χρειαστεί).
- Να υποστηρίζει συναισθηματικά το παιδί και την οικογένειά του.
- Να ξαναρχίσει τη σίτιση από το στόμα, όταν το παιδί επικοινωνεί ικανοποιητικά και έχει ρυθμιστεί η οξεοβασική ισορροπία.

- Να διερευνά το παιδί και τους γονείς του για παρουσία φόβου / άγχους και να προσπαθεί να εντοπίσει πηγές που το δημιουργούν και να παρεμβαίνει ανάλογα.
- Να εξηγεί στους γονείς και στο ίδιο το παιδί (όταν η ηλικία το επιτρέπει) τα θεραπευτικά μέτρα που εφαρμόζονται.
- Να προγραμματίζει επικοινωνία των οικείων του αρρώστου (γονείς) με το γιατρό.
- Να κάνει συνεχή εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών της παρεμβάσεων και να διαφοροποιεί το σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας με βάση τις νέες ανάγκες / προβλήματα που δημιουργούνται. (5)

Στην **υποξεία φάση** η νοσηλεύτρια,

- Χρησιμοποιεί το παιδί και τους γονείς του στον προγραμματισμό της καθημερινής φροντίδας.
- Παρακολουθεί πως ανταποκρίνεται το παιδί στη θεραπεία, στα εξής σημεία: σάκχαρο αίματος, σάκχαρο και οξύνη ούρων, ισοζύγιο υγρών, διάθεση για φαγητό, γενική, φυσική και συναισθηματική κατάσταση.
- Αρχίζει την εκπαίδευση του παιδιού και της οικογένειας του σχετικά με το σακχαρώδη διαβήτη.
- Για να μπορέσει η νοσηλεύτρια να κάνει τις θεραπευτικές και ανακουφιστικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, στον τομέα του διαιτολογίου, πρέπει,
 - α) Να προβλέπει δίαιτα που δεν θα περιορίζει τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και τη δραστηριότητα του. Η δίαιτα επηρεάζεται από τα κλινικά συμπτώματα και τα εργαστηριακά ευρήματα.
 - β) Να μοιράζονται σ' όλο το διάστημα της ημέρας οι προσφερόμενες τροφές. Η κατανομή επηρεάζεται από την αύξηση ή ελάττωση της φυσικής δραστηριότητας.
 - γ) Να χρησιμοποιεί επιτρεπτές συνήθειες διατροφής, για την καλύτερη προσαρμογή του παιδιού στο νέο του διαιτολόγιο.
 - δ) Να αφήνει το παιδί κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο να έχει φυσιολογικές δραστηριότητες, ώστε το παρατηρούμενο αποτέλεσμα της ρυθμισμένης διατροφής του να είναι έγκυρο.
 - ε) Να δημιουργεί ευκαιρίες στο παιδί, εφόσον είναι δυνατόν, να γευματίζει με άλλα διαβητικά παιδιά.

Στ) Να είναι βεβαία πως το παιδί εφαρμόζει το διαιτολόγιο που έχει ορισθεί.

ζ) Να συμμετέχει - το ενωρίτερα δυνατό – τόσο το παιδί όσο και οι γονείς του στον προγραμματισμό των γευμάτων.

η) Να κάνει σε συνεργασία με το παιδί και τους γονείς του, κατάλληλες αντικαταστάσεις ανάλογα με τις προτιμήσεις του.

(5)

Στον τομέα της προλήψεως επιπλοκών η νοσηλεύτρια,

- Είναι ενήμερη για τα συνήθη αίτια υπογλυκαιμίας, συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται και τον τρόπο αντιμετώπισής της. Συνηθισμένα αίτια υπογλυκαιμίας είναι η υπερβολική δόση ινσουλίνης, η ελάττωση της λαμβανόμενης τροφής, η αύξηση της ασκήσεως, χωρίς παράλληλη ελάττωση της ινσουλίνης και το stress.

Η υπογλυκαιμία εκδηλώνεται με αίσθημα πείνας, ίλιγγο, ζάλη αδυναμία, διαταραχές οράσεως, κόπωση, ασυνήθη συμπεριφορά, ωχρότητα προσώπου, ταχυκαρδία, εφίδρωση, διαστολή της κόρης των ματιών, τρόμο και απώλεια αισθήσεων.

Η υπογλυκαιμία αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση χυμού πορτοκαλιού ή άλλης τροφής που να περιέχει ζάχαρη. Η νοσηλεύτρια έχει έτοιμο διάλυμα δεξτρόζης 50% για ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης.

- Είναι ενήμερη για τα μέτρα που εφαρμόζονται για την πρόληψη επιπλοκών. Δηλαδή, προσφέρει σχολαστική περιποίηση δέρματος και καθημερινό λουτρό καθαριότητας, επιμελείται ιδιαίτερα την περιοχή του δέρματος που παρουσιάζει κάποια κάκωση και αντιμετωπίζει έγκαιρα κάθε σημείο φλεγμονής.
- Παρακολουθεί τον άρρωστο για έγκαιρη διάγνωση συμπτωμάτων των σημείων που μπορεί να είναι δηλωτικά επιπλοκών από το ουροποιητικό, νευρικό, κυκλοφορικό σύστημα και αισθητήρια όργανα.
- Οργανώνει συγκέντρωση των διαβητικών παιδιών και δημιουργεί συνθήκες να εκφράσουν απορίες, φόβους, ανησυχίες και να μοιραστούν τις εμπειρίες από το διαβήτη.
- Προτείνει στους γονείς να γίνουν μέλη της ομάδας γονέων διαβητικών παιδιών της περιοχής τους, εφόσον υπάρχει. (5)

Στον τομέα της **αποδοχής** του σακχαρώδη διαβήτη σαν ένα τρόπο ζωής και όχι σαν αρρώστια η νοσηλεύτρια πρέπει:

- α) Να αποδεχθεί το παιδί και τους γονείς τους στην ομάδα υγείας για τον προγραμματισμό της θεραπείας από την αρχή.
- β) Να ενθαρρύνει και να επιτρέπει στο παιδί να αναπτύξει τις έμφυτες δημιουργικές ανησυχίες του. Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν δικαιολογεί την απόσυρση.
- γ) Να βοηθάει το παιδί και τους γονείς του να δεχθούν την ανάγκη της καθημερινής ρύθμισης της αρρώστιας σαν ένα είδος ρουτίνας.
- δ) Να βοηθάει το παιδί να ανεξαρτητοποιηθεί στη φροντίδα του, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, αλλά ταυτόχρονα του δίνονται και οι απαραίτητες κατευθύνσεις. (5)

Η φάση της **προετοιμασίας** για την έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο. Πότε αρχίζει η φάση αυτή;

Η φάση αυτή αρχίζει από τη στιγμή που τίθεται η διάγνωση ότι το παιδί έχει σακχαρώδη διαβήτη, δηλαδή από την οξεία φάση. Η προετοιμασία για την έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο είναι από τα πιο ουσιαστικά, υπεύθυνα, αποφασιστικά, αλλά και ανεξάρτητα νοσηλευτικά καθήκοντα και απευθύνεται προς το παιδί και τους γονείς του. Το περιεχόμενο της προετοιμασίας οπωσδήποτε εξατομικεύεται, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε παιδιού και των γονέων του. (5)

Θέματα που πρέπει να περιλαμβάνει η προετοιμασία για την έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο, και τα οποία πληροφορεί η νοσηλεύτρια είναι:

1. Ενημέρωση για τη φύση της νόσου.
2. Παράγοντες που συντελλούν στη ρύθμιση ή απορρύθμιση του μεταβολικού συνδρόμου, όπως δόση ινσουλίνης, άσκηση, φυσικό stress.
3. Αναγνώριση συμπτωμάτων υπογλυκαιμίας, υπεργλυκαιμίας και τρόποι αντιμετώπισής τους.
4. Η φροντίδα του δέρματος και των ποδιών.
5. Οι επιπλοκές της νόσου και τα μέτρα προλήψέως τους.

6. Εκμάθηση τεχνικών όπως μέτρηση δόσεως ινσουλίνης, επιλογής σημείου εκτελέσεως ενέσεως, εκτέλεση ενέσεως, εφαρμογή άσηπτης τεχνικής, εξέταση ούρων, εξέταση αίματος.
7. Ρύθμιση διαιτολογίου σε σχέση με φυσικό και συναισθηματικό stress και διαφοροποίηση της καθημερινής ασκήσεως.
8. Αντικείμενα που πρέπει να έχει πάντα το παιδί μαζί του, κάρτα διαβητικού και ζάχαρη σε πλακάκια / καραμέλα.
9. Μέτρα απαραίτητα, που πρέπει να λαμβάνονται κατά την περίοδο ταξιδιού όπως, να έχουν μαζί τους διάφορα αντικείμενα κ.ά.
10. Ακόμη η νοσηλεύτρια πληροφορεί το παιδί και τους γονείς του, πως κατά το διάστημα του ταξιδιού, το απαραίτητο υλικό με την ένεση τοποθετείται στις αποσκευές που θα κρατούν οι γονείς και το παιδί στα χέρια.

Συνιστάται επίσης η ενημέρωση των γονέων για τους διάφορους φορείς (εταιρίες, σύλλογοι κ.ά) που απασχολούνται με τον διαβήτη.
(7)

Στη φάση της **αναχωρήσεως** του παιδιού από το νοσοκομείο και την παρακολούθηση του μετά την έξοδο απ' αυτό, η νοσηλεύτρια,

α) Είναι βέβαιη πως ο άρρωστος και οι γονείς του είναι σε θέση να εφαρμόσουν με ασφάλεια τις τεχνικές που διδάχθηκαν.

β) Έχει βεβαιωθεί πως οι γονείς του παιδιού μπορούν να απαριθμήσουν τα σημεία και τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας και της υπεργλυκαιμίας, να διακρίνουν τις διαφορές που υπάρχουν στην οξεία και υποξεία φάση της αρρώστιας και τον κατάλληλο τρόπο συμπεριφοράς και αντιδράσεως στην κάθε φάση, να αναφέρουν τα φάρμακα που χρησιμοποιούν (ινσουλίνη), τη δόση, τη συχνότητα, τη δράση και τις ανεπιθύμητες ενέργειες και να εφαρμόζουν σωστό / θεραπευτικό διαιτολόγιο.

γ) Υπενθυμίζει στον άρρωστο και την οικογένεια του την ημερομηνία της επόμενης ιατρικής τους επισκέψεως.

δ) Δεν αμφιβάλλει πως ο άρρωστος και το άμεσο περιβάλλον του (γονείς) γνωρίζουν, τη σχέση που υπάρχει μεταξύ διαίτας, ασκήσεως, εντάσεως, φαρμάκων, στο σάκχαρο του αίματος και τα μέτρα για τον έλεγχο / πρόληψη επιπλοκών.

ε) Η παρακολούθηση του παιδιού μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο επιτυγχάνεται με τη σύνδεση του παιδιού με περιφερικό κέντρο παροχής υπηρεσιών υγείας, με διαβητολογικό κέντρο, και με κέντρο παροχής τηλεφωνικών πληροφοριών. (5)

ΜΕΡΟΣ Δ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Νοσηλευτική Φροντίδα παιδιών με νοσήματα του Αναπνευστικού Συστήματος

Συνήθη νοσήματα:

- Μικροβιακή ή ιογενής πνευμονία
- Βρογχολίτιδα
- Λαρυγγίτιδα υμενογόνος ή ψευδομεμβρανώδης

Νοσηλευτική εκτίμηση του παιδιού

Ο νοσηλευτής εξακριβώνει τη σοβαρότητα της αναπνευστικής δυσφορίας που δοκιμάζει το παιδί.

1. Παρατηρεί τον ρυθμό και τον τύπο της αναπνοής
 - πόσες αναπνοές στο '1.
 - τυχόν συσπάσεις πού και πόσο σοβαρές.
 - ακρόαση του θώρακα με στηθοσκόπιο για εξακρίβωση τυχόν τριγμού και εκτίμηση των ήχων της αναπνοής.
2. Παρατήρηση του χρώματος του παιδιού, μήπως παρουσιάζει κυάνωση.
3. Παρατήρηση για ρινικό φούσκωμα.
4. Εκτίμηση του βαθμού ανησυχίας, φόβου και κινητικού τόνου.
5. Σημείωση αν υπάρχουν: ασθματική αναπνοή, εκπνευστικός συριγμός ή βραχνάδα. (6)

1.2 Δυναμικά (επικείμενα) Προβλήματα

1. Υποξαιμία σχετιζόμενη με ανεπαρκή ανταλλαγή οξυγόνου-διοξειδίου του άνθρακα.
2. Δυσφορία σχετιζόμενη με αναπνευστική δυσχέρεια, λοίμωξη ή και με τις θεραπείες.
3. Αλλαγή στο ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών σχετιζόμενη με αυξημένη αναπνευστική προσπάθεια, ναυτία και εμέτους και μειωμένη όρεξη.
4. Κίνδυνος για λοίμωξη λόγω της νοσηρής κατάστασης.
5. Άγχος λόγω της αναπνευστικής δυσφορίας και της παραμονής στο νοσοκομείο.
6. Άγχος των γονέων λόγω αβεβαιότητας για την ευεξία του παιδιού.
(6)

1.3 Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Δημιουργία περιβάλλοντος με υγρασία, εμπλουτισμένου με οξυγόνο για καταπολέμηση της ανοξίας και ρευστοποίηση των εκκρίσεων.

Νοσηλευτική Προσοχή: Σε καμία χρονική στιγμή η υγρασία δεν πρέπει να γίνει τόσο πυκνή ώστε να επισκιάζει την ευκρινή παρακολούθηση του τύπου της αναπνοής του παιδιού.

- Παρακολούθηση της αντίδρασης του παιδιού σ' αυτό το περιβάλλον.
- Τοποθέτηση του παιδιού σε άνετη θέση για ευκολότερη αναπνοή.
- Συχνή αλλαγή λευχειμάτων για πρόληψη και παροχή άνεσης.
- Επαρκής υδάτωση του παιδιού.
- Διατήρηση του ρυθμού που παραγγέλθηκε στην Ε.Φ. χορήγηση υγρών.
- Σε σοβαρή αναπνευστική δυσχέρεια, τίποτα από το στόμα, λόγω του κινδύνου εισρόφησης.
- Προσφορά νερού με μικρό κουταλάκι όταν βελτιώνεται η αναπνοή. Παρατήρηση μήπως γίνεται έμετος ή διάταση της κοιλίας μετά τη χορήγηση για πρόληψη της υπερυδάτωσης.

- Δεν πρέπει ν' αναγκάζεται το παιδί να παίρνει υγρά από το στόμα, όταν δεν θέλει, εφόσον αυτό μπορεί να αυξήσει τη δυσφορία και ίσως να προκαλέσει έμετο.
Συχνά η ινώδης λοίμωξη συνοδεύεται από ανορεξία. Γενικά ο νοσηλευτής να μην ξυπνά το παιδί όταν κοιμάται απλά για να του δώσει να πει υγρά.
- Καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών του παιδιού.
Η νοσηλεύτρια επίσης πρέπει να μετρά και να σημειώνει το ποσό των ούρων, καθώς και να ελέγχει το ειδικό βάρος τους.
- Φροντίδα για σωματική και ψυχική ανάπαυση του παιδιού.
- Το παιδί πρέπει να ενοχλείται όσο γίνεται λιγότερο, οργανώνοντας τη νοσηλευτική φροντίδα.
- Να γνωρίζει η νοσηλεύτρια την ηλικία και το επίπεδο ανάπτυξης του παιδιού.
- Η παρουσία των γονέων του παιδιού θα ανακουφίσει μερικούς φόβους του.
- Παροχή ευκαιριών για ήσυχο παιχνίδι καθώς βελτιώνεται η κατάσταση του.
- Καλή περιποίηση του δέρματος: για πρόληψη λύσεως της συνέχειας του από εκκρίσεις, διάρροιες και τη συνεχή κατάκλιση στο κρεβάτι.
- Λήψη μέτρων για βελτίωση της αέρωσης: της προσβεβλημένης περιοχής του πνεύμονα.
- Συχνή αλλαγή θέσεων.
- Θετική παροχέτευση αν έχει παραγγελθεί.
- Ανακούφιση της ρινικής απόφραξης που συντελεί στην αναπνευστική δυσκολία. Ενστάλλαξη φυσιολογικού ορού ή άλλων σταγόνων και εφαρμογή ρινικής αναρρόφησης.
- Το κλάμα μπορεί να είναι αποτελεσματική μέθοδος για αέρωση των πνευμόνων.
- Ο βήχας είναι φυσιολογικός μηχανισμός τραχειοβρογχικού καθαρισμού. Ο συνεχής βήχας μπορεί να ανακουφίσει προσωρινά επιτρέποντας στο παιδί να πίνει νερό. Μεγάλη προσοχή για πρόληψη εισρόφησης.
- Κοιλιακή διάταση συχνά συνοδεύει την αναπνευστική λοίμωξη και μπορεί να είναι επώδυνη και εμπόδιο στην αναπνοή. Τοποθέτηση του παιδιού σε καθιστή θέση. Σωλήνας αερίων, χαμηλός υποκλυσμός ή ένα υπόθετο μπορούν να ανακουφίσουν το παιδί. Ρινογαστρικός καθετήρας μπορεί να παραγγελθεί για ανακούφιση της διάτασης.

- Προσπάθεια ελέγχου του πυρετού.
- Επαρκής διατροφή για κάλυψη αναγκών ανάπτυξης του παιδιού.
- Κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία.
- Άγρυπνη παρακολούθηση για τυχόν εμφάνιση ειδικών επιπλοκών που μπορεί να συνοδεύσουν την αναπνευστική λοίμωξη και άμεση ενημέρωση του γιατρού. (6)

Νοσηλευτική Προσοχή

Για την ελαχιστοποίηση του σπασμού και αιφνίδιας απόφραξης της αεροφόρου οδού. Πρέπει ν' αποφεύγεται:

- Να ξαπλώνει το παιδί ύπτια.
- Να αναγκάζεται το παιδί να πιεί υγρά
- Να επισκοπεί ο νοσηλευτής τον λαιμό του παιδιού. (6)

1.4 Άσθμα

Εισαγωγή: 'Άσθμα' είναι η αλλεργική εκδήλωση που περιλαμβάνει σπασμό των λείων μυικών ινών των βρόγχων και βρογχιολίων σε συνδυασμό με οίδημα και άφθονη βλέννη. Οι ασθματικές προσβολές χαρακτηρίζονται από πτάρνισμα, βήχα, αυξανόμενη δύσπνοια και παρατεταμένη εκπνευστική φάση. Οι συναισθηματικές εξάρσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην πορεία της αρρώστιας. Συνήθως το άσθμα ελέγχεται επαρκώς με βρογχοδιασταλτικά, κορτικοειδή και καταπολέμηση των αιτιολογικών παραγόντων. (6)

Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με Άσθμα

Πρόβλημα / Ανάγκη

Αναπνευστική δυσφορία οφειλόμενη σε βρογχοσπασμό.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Τοποθέτηση του παιδιού σε ημικαθιστή θέση για μεγαλύτερη άνεση και αναπνευστική αποτελεσματική λειτουργία.

2. Το μεγαλύτερο παιδί διδάσκεται να σκύβει προς τα εμπρός πάνω σ' ένα μαξιλάρι.
3. Έλεγχος των αναπνευστικών ήχων κάθε 1-4 ώρες. Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών και / ή κορτικοστεροειδών για την ασθματική δύσπνοια και την αυξημένη αναπνευστική δυσφορία. Παρακολούθηση της βελτίωσης ή ανταπόκρισης στη θεραπεία.
4. Παρακολούθηση κάθε τέσσερις ώρες για παρενέργειες των βρογχοδιασταλτικών: πυρετό, ανησυχία, ναυτία, έμετο, κοιλιακή δυσφορία. Τυχόν τοξική κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε σπασμούς και κώμα.
5. Χορήγηση υγρανθέντος οξυγόνου με μάσκα, τέντα ή κουκούλα οξυγόνου.
6. Εκτέλεση πλήξεων στη ράχη ή θετικής παροχέτευσης αν τα ανέχεται το παιδί.

Πρόβλημα / Ανάγκη

Δυνητική εξάντληση οφειλόμενη σε συχνό βήχα και δύσπνοια.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Προσπάθεια προγραμματισμού δραστηριοτήτων ώστε το παιδί να μην ενοχλείται κατά τις ώρες ανάπαυσης.
2. Περιορισμός των επισκέψεων σε σύντομες περιόδους μέχρις ότου το παιδί ξεπεράσει την οξεία αναπνευστική δυσφορία και ηρεμήσει.
3. Εφαρμογή μέτρων για την ελάττωση της αναπνευστικής δυσφορίας.

Πρόβλημα / Ανάγκη

Δυνητική αφυδάτωση οφειλόμενη στην ταχύπνοια και τη δύσκολη αναπνοή.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Διατήρηση ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών μέχρις ότου το παιδί είναι ικανό να πάρει επαρκή υγρά από το στόμα. Έλεγχος κάθε μία ώρα.
2. Διατήρηση ισοζυγίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και έλεγχος ειδικού βάρους των ούρων κάθε 8 ώρες.
3. Αξιολόγηση του επιπέδου υδάτωσης κάθε τέσσερις ώρες.
4. Χορήγηση υγρών στο παιδί όσο το ανέχεται, όταν είναι ξυπνητό.

Πρόβλημα / Ανάγκη

Ελάττωση του φόβου των γονέων και του παιδιού

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Παραμονή δίπλα στο παιδί όταν βρίσκεται σε οξεία δυσφορία.
2. Διατήρηση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος.
3. Ενθάρρυνση του παιδιού και των γονέων να συζητούν τους φόβους και τις ανησυχίες τους.
4. Ενθάρρυνση των γονέων να υποστηρίζουν ψυχολογικά το παιδί όταν είναι φοβισμένο.
5. Εξήγηση όλων των νοσηλειών και θεραπειών πριν εκτελεσθούν.
6. Σύσταση στους γονείς να ξεκουράζονται.

Πρόβλημα / Ανάγκη

Πιθανή εμφάνιση του Status Asthmaticus

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Παρατήρηση του παιδιού κάθε δύο ώρες και ενημέρωση του γιατρού για οποιαδήποτε αύξηση στα παρακάτω:
 - Εισοχή των ρωθώνων.
 - Συχνότητα του βήχα.
 - Κόπωση.
 - Κυάνωση ή δύσπνοια.
 - Φόβος.
2. Έτοιμη παροχή οξυγόνου, και αναρροφητήρας δίπλα στο παιδί. Έλεγχος κάθε 8 ώρες.
3. Λήψη ζωτικών σημείων κάθε τέσσερις ώρες και της αρτηριακής πίεσης. Αραίωση των λήψεων καθώς επανέρχεται το παιδί σε φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία.

Πρόβλημα / Ανάγκη

Προγραμματισμός και διδασκαλία για την έξοδο από το νοσοκομείο.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Αξιολόγηση της σχετικής γνώσης και κατανόησης του παιδιού και των γονέων και εκτέλεση συμπληρωματικής διδασκαλίας. Αν είναι πρόσφατη η διάγνωση του άσθματος, τότε θα χρειάζονται διδασκαλία σχετική με την αρρώστια, τα συμπτώματα και τα φάρμακα.

2. Συζήτηση με το παιδί και τους γονείς για τους πιθανούς επισπεύδοντες παράγοντες όπως είναι η επαφή με αλλεργιογόνες ουσίες και το ψυχικό stress. Καθοδήγηση πώς να βρουν τρόπους για να ελέγχουν τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ενίσχυση θετικών ενδοοικογενειακών σχέσεων.
3. Προγραμματισμός περιοδικής παρακολούθησης του παιδιού. (6)

1.5 Αναμενόμενο αποτέλεσμα νοσηλείας. Κριτήρια εξόδου από το νοσοκομείο

- Το παιδί επανήλθε σε φυσιολογική αναπνευστική κατάσταση πριν από ένα 24ωρο.
- Το παιδί είναι ικανό να διεκπεραιώνει τις περισσότερες από τις συνήθεις δραστηριότητες χωρίς κόπωση.
- Είναι επαρκώς ενυδατωμένο.
- Γονείς και παιδί δεν φοβούνται την αρρώστια.
- Τα συμπτώματα του άσθματος έχουν ελεγχθεί.
- Γονείς και παιδί έχουν σωστή γνώση της αρρώστιας και των αιτιολογικών παραγόντων. Κατανοούν τα φάρμακα και τον τρόπο χορήγησης τους καθώς και την ανάγκη περιοδικής παρακολούθησης του παιδιού. (6)



1.6 Νοσοκομειακή φροντίδα νοσηλευόμενου παιδιού με Υμενογόνο Λαρυγγίτιδα

- ◆ Αξιολόγηση αναπνευστικής κατάστασης και διαπίστωση επικείμενης απόφραξης της αεροφόρου οδού.
- ◆ Διευκόλυνση των αναπνευστικών προσπαθειών.
- ◆ Διατήρηση ενέργειας.
- ◆ Πρόληψη αφυδάτωσης.
- ◆ Προετοιμασία για βοήθεια στην εκτέλεση τραχειοστομίας.
- ◆ Ελάττωση του φόβου.
- ◆ Φροντίδα της διατροφής.
- ◆ Ελάττωση του άγχους των γονέων.
- ◆ Διαπαιδαγώγηση των γονέων για την έξοδο του παιδιού. (6)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με παθήσεις του Καρδιαγγειακού Συστήματος

Γενική νοσηλευτική εκτίμηση της παιδιατρικής νόσου του καρδιαγγειακού συστήματος.

1. Λήψη ιστορικού

α) Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί αν υπάρχει δύσπνοια, εύκολη κόπωση κ.ά.- ποια στάση παίρνει το παιδί όταν τρώει και ποιες είναι οι διατροφικές συνήθειες.

β) Επίσης η νοσηλεύτρια ρωτά την μητέρα αν πέρασε κάποια ασθένεια κατά την διάρκεια του τοκετού ή αν καταναλώνει ποσότητες οιοπνεύματος.

γ) Ποιο είναι το οικογενειακό ιστορικό; Υπάρχουν μέλη της οικογένειας με συγγενείς παθήσεις του καρδιαγγειακού;

2. Επισκόπηση και φυσική εξέταση.

α) Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την θρέψη και το χρώμα του δέρματος.

β) Πόσες σφύξεις έχει το παιδί; Παίρνει το σφυγμό από όλες τις ψηλαφητές αρτηρίες και εκτιμά το είδος του σφυγμού.

γ) Παρατήρηση για τυχόν φυσήματα.

Τα φυσήματα ταξινομούνται ανάλογα με την φάση του καρδιακού κύκλου κατά την οποία παρατηρούνται. Τα παθολογικά φυσήματα είναι συνήθως διαστολικά, ολοσυστολικά, συστολικά, συνεχή ή έντονα.

3. Διαγνωστικές δοκιμασίες.

α) Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ)

Σημασία: η μέτρηση της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς, μας δίνει πληροφορίες για τον καρδιακό ρυθμό, την σωστή αγωγή του ηλεκτρικού ερεθίσματος μέσα από την καρδιά και ανακαλύπτει τυχόν αρρυθμίες, καρδιακή υπερτροφία, ισχαιμία του μυοκαρδίου, ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες, νόσους του περικαρδίου και φαρμακολογικές επιδράσεις.

β) Ηχοκαρδιογραφία.

γ) Καθετηριασμός της καρδιάς.

Προετοιμασία: η νοσηλεύτρια θα πρέπει να συζητήσει με το παιδί και με τους γονείς τις πιθανές παρενέργειες που μπορούν να παρατηρηθούν κατά την διάρκεια της εξέτασης (έξαψη, ναυτία, έμετος, πονοκέφαλος ή διέγερση). (11)

Νοσηλευτική προσέγγιση:

- Η νοσηλεύτρια ελέγχει το σφυγμό περιφερικά από το σημείο εισαγωγής του καθετήρα.
 - Το παιδί δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα 4-6 ώρες πριν την επέμβαση.
 - Επίσης η νοσηλεύτρια βεβαιώνεται ότι δεν έχει γίνει αιμοληψία για άλλο λόγο από το σημείο που προορίζεται για τον καθετηριασμό.
- (11)

Νοσηλευτικές κατευθύνσεις μετά την επέμβαση

- Παρατήρηση για τυχόν επιπλοκές όπως αιμορραγία, αρρυθμίες, κυκλοφορικές διαταραχές, αφυδάτωση ή αλλεργική αντίδραση στο σκιαγραφικό μέσο.
- Έλεγχος του σφυγμού του παιδιού, αν είναι όμοιος και στα δύο άκρα.

- Ενθάρρυνση του παιδιού για αυξημένη πρόσληψη υγρών, μόλις αυτό επανέλθει σε πλήρη εγρήγορση.
- Να κρατηθεί το άκρο που καθετηριάστηκε σε ευθεία θέση ακίνητο για 4-6 ώρες τουλάχιστον.

2.2 Νοσηλευτική Φροντίδα παιδιού με εγχείρηση Καρδιάς

Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

- Προσανατολισμός του παιδιού στο περιβάλλον της ΜΕΘ, ώστε να ξέρει τον χώρο που θα αντικρίσει μόλις συνέλθει από τη νάρκωση, και εξοικείωση του με τον εξοπλισμό.
- Εξήγηση της χειρουργικής διαδικασίας στους γονείς και στο παιδί (ανάλογα βέβαια με την ηλικία του), τι πρόκειται να γίνει, τι εξοπλισμός θα χρησιμοποιηθεί κ.λ.π. (6)
- Μέτρηση των ζωτικών σημείων πολλές φορές την ημέρα ώστε να υπάρχει ένα μέτρο σύγκρισης για την μετεγχειρητική περίοδο.
- Μέτρηση του ύψους και του βάρους του παιδιού για να υπολογισθεί ο συνολικός όγκος αίματος και η δοσολογία των φαρμάκων.
- Υπολογισμός όλων των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών του παιδιού, καθώς και παρατήρηση των ωρών ύπνου και αφύπνισης αυτού.
- Να εκτιμηθεί κατά πόσο είναι προετοιμασμένοι ψυχικά για την επέμβαση οι γονείς και το παιδί.
- Επίσης η νοσηλεύτρια πρέπει να βεβαιωθεί ότι η χορήγηση διγοξίνης (καρδιοτονωτικό φάρμακο) έχει σταματήσει 24 ώρες πριν την επέμβαση. (11)
- Συνεχής ψυχολογική στήριξη των γονέων από το νοσηλευτικό προσωπικό ιδίως την ώρα που το παιδί μπαίνει στο χώρο του χειρουργείου. (6)

Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

- Συστηματική παρατήρηση του παιδιού προκειμένου να διαγνωσθούν έγκαιρα τυχόν επιπλοκές.
- Μέτρηση των ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά, και παρατήρηση αν ο ρυθμός των αναπνοών είναι φυσιολογικός και δεν υπάρχουν σημεία αναπνευστικής ανεπάρκειας.

- Έλεγχος για τυχόν αιμορραγία.
- Η νοσηλεύτρια πρέπει επίσης να ελέγχει την αναρρόφηση της παροχέτευσης του θωρακικού τοιχώματος.
- Έλεγχος για συμπτώματα που υποδηλώνουν καρδιακό επιπωματισμό, ή πίεση της καρδιάς λόγω συσσώρευσης αίματος ή θρόμβων.
- Έλεγχος του καθετήρα (folley).
- Υπολογισμός της αρτηριακής και φλεβικής πίεσης μετρώντας την κεντρική φλεβική πίεση και την πίεση της πνευμονικής αρτηρίας (με καθετήρα Swan-Ganz).
- Παρότρυνση του παιδιού (ιδίως αν είναι σε ηλικία που μπορεί να συνεργαστεί), να κάνει κάθε μία ώρα ασκήσεις βαθιάς εισπνοής - εκπνοής.
- Γίνεται επίσης, αναρρόφηση για την απομάκρυνση των εκκρίσεων από την παροχέτευση.
- Έλεγχος του σημείου που έγινε η εγχειρητική τομή και τα άλλα σημεία που έχουν παρακεντηθεί για τυχόν λοίμωξη.
- Κατά την αλλαγή ρουχισμού χρησιμοποιούνται τεχνικές ασηψίας.
- Χορήγηση αναλγητικών όπως έχει ορίσει ο γιατρός και αλλαγή της θέσης του παιδιού μέχρι να βρει αυτή που το ανακουφίζει περισσότερο. (11)
- Αυστηρή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, και εκπαίδευση των γονέων για το πώς να χορηγούν τα φάρμακα στο σπίτι (δοσολογία, συχνότητα). (6)
- Ψυχολογική και συναισθηματική στήριξη του παιδιού και των γονιών, και προετοιμασία αυτών για την έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο. (11)

Νοσηλευτική Εκτίμηση

- Τα ζωτικά σημεία είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια, η κεντρική φλεβική πίεση και η πίεση της πνευμονικής αρτηρίας είναι φυσιολογικές.
- Ο ρυθμός των αναπνοών είναι φυσιολογικός και δεν υπάρχουν σημεία αναπνευστικής ανεπάρκειας.
- Οι παροχετεύσεις λειτουργούν φυσιολογικά.
- Το σημείο που έγινε η εγχειρητική τομή και τα άλλα σημεία που έχουν παρακεντηθεί δεν εμφανίζουν σημεία φλεγμονής ή επιμόλυνσης.

- Το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών είναι φυσιολογικό.
- Ο πόνος ελέγχεται.
- Οι γονείς και το παιδί έχουν λιγότερο άγχος και είναι αισιόδοξοι. (11)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ρευματοειδής Αρθρίτιδα

Εισαγωγή: η νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα –που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή των αρθρώσεων και έχει ως αποτέλεσμα την ελαττωμένη κινητικότητα αυτών, τον πόνο και το οίδημα-ταξινομείται σαν πολυαρθρική, ολιγοαρθρική ή συστηματική.

Η πολυαρθρική αρθρίτιδα, που αφορά αρκετές αρθρώσεις (ιδιαίτερα τις μικρές αρθρώσεις του χεριού) και η ολιγοαρθρική αρθρίτιδα, που κυρίως προσβάλλει μερικές μόνο αρθρώσεις (όπως είναι τα γόνατα, η ποδοκνημική άρθρωση και οι αγκώνες) παρατηρείται συνηθέστερα στα κορίτσια. Η συστηματική αρθρίτιδα, που χαρακτηριστικά συνοδεύεται από υψηλό πυρετό, ρευματοειδές εξάνθημα και πολυαρθρίτιδα, προσβάλλει το ίδιο αγόρια και κορίτσια.

Αν και η ακριβής αιτία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας παραμένει άγνωστη, φαίνεται ότι σχετίζεται με κάποιες ανοσοανεπάρκειες. Η μέγιστη συχνότητα της νόσου παρατηρείται σε ηλικίες 2-5 ετών και επίσης σε ηλικίες 9-12 ετών. (17)

Νοσηλευτική Φροντίδα

Νοσηλευτική διάγνωση

Πόνος που σχετίζεται με τη φλεγμονή των αρθρώσεων, την ακινησία αυτών και τον ερεθισμό του στομάχου, ως αποτέλεσμα της χρήσης ασπιρίνης.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Το παιδί αισθάνεται όλο και πιο καλά, όπως αυτό φαίνεται από το ότι είναι σε θέση να εκτελεί παθητικές κινήσεις της άρθρωσης στο επιτρεπτό εύρος, από το ότι αναφέρει ότι ο πόνος του έχει ελαττωθεί και από την απουσία ερεθισμού του στομάχου.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής εκτιμά την ένταση και την εντόπιση του πόνου του παιδιού, όπως επίσης και τη σχέση του με την ώρα της ημέρας και τις δραστηριότητες του παιδιού. Για την εκτίμηση της έντασης του πόνου χρησιμοποιούνται ειδικές παιδιατρικές μέθοδοι.
2. Κάθε πρωί γίνεται ένα ζεστό μπάνιο περίπου στους 37,8° C, για περίπου 10-12 λεπτά.
3. Χορηγεί αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες. Για την πρόληψη ερεθισμού του στομάχου ή του πόνου, η ασπιρίνη χορηγείται μετά από τη λήψη φαγητού.
4. Παρακολουθεί το παιδί για σημεία και συμπτώματα δηλητηρίασης από ασπιρίνη, όπως είναι η νωθρότητα, η ναυτία, οι έμετοι, η διέγερση, τυχόν ασυνήθιστη συμπεριφορά και ταχείες, βαθιές αναπνοές.
5. Βοηθά το παιδί να εκτελεί ενεργητικές και παθητικές κινήσεις των αρθρώσεων στο εύρος που επιτρέπεται, αφού προηγηθεί συνεννόηση με το φυσιοθεραπευτή.
6. Διατηρεί τη σωστή θέση του σώματος του παιδιού όσο αυτό είναι ξαπλωμένο υποστηρίζοντας το με μαξιλάρια.

Νοσηλευτική διάγνωση

Προβληματική αυτοεξυπηρέτηση του παιδιού, λόγω του πόνου, της ακινησίας και της δυσκαμψίας των αρθρώσεων.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Το παιδί δεν έχει προβλήματα στην αυτοεξυπηρέτηση του, όπως αυτό φαίνεται από την ικανότητα του να συμμετέχει στις κατάλληλες για την ηλικία του καθημερινές δραστηριότητες.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής εκτιμά τις δυνατότητες του παιδιού όσον αφορά την αυτοεξυπηρέτηση του.
2. Συνεργάζεται με το παιδί για τη δημιουργία ενός προγράμματος αυτοεξυπηρέτησης, που βασίζεται σε κοινούς στόχους και προσδοκίες.
3. Ενθαρρύνει το παιδί να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες μόνο του. Βοηθά το παιδί, σε περίπτωση που χρειάζεται βοήθεια.

Νοσηλευτική διάγνωση

Διαταραχή της εικόνας του σώματος, που σχετίζεται με τις συνέπειες της χρόνιας νόσου και την αναπηρία που συνεπάγεται η πάθηση λόγω της φύσεως της.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Το παιδί δεν θα παρουσιάσει διαταραχή της αντίληψης του εαυτού του, όπως αυτό φαίνεται από τα λεγόμενα του ότι αποδέχεται την εικόνα του σώματος του και από το ότι αλληλεπιδρά θετικά με τους άλλους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής δημιουργεί θεραπευτική σχέση με το παιδί και το ενθαρρύνει να εκφράσει το τι αισθάνεται σχετικά με το σώμα του.
2. Διορθώνει κάθε παρανόηση που το παιδί μπορεί να έχει σχετικά με την κατάσταση του. Τονίζει τις θετικές του σκέψεις και την ικανότητα του για την αντιμετώπιση του προβλήματος.
3. Ενθαρρύνει το παιδί να διατηρήσει τις σχέσεις του με τους φίλους και την οικογένεια του και να δημιουργήσει νέες με το προσωπικό του νοσοκομείου.
4. Βοηθά το παιδί να προετοιμασθεί για τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίσει τους φίλους του στο σχολείο. Εξασφαλίζει την υποστήριξη των σχολικών συμβούλων και των δασκάλων του παιδιού για να βοηθήσουν το ίδιο και τους συμμαθητές του να κατανοήσουν και να αποδεχθούν ο ένας τον άλλο.

Νοσηλευτική διάγνωση

Προβληματική ικανότητα της οικογένειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος, που σχετίζεται με τη χρόνια πάθηση του παιδιού.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Η οικογένεια δείχνει ικανοποιητική ικανότητα αντιμετώπισης του προβλήματος, όπως αυτό φαίνεται από τα λεγόμενα σχετικά με τα αισθήματα όσον αφορά τη χρόνια πάθηση του παιδιού και από το ότι επισημαίνεται πως υπάρχουν διαθέσιμα πολλά μέσα για να ξεπερασθεί το πρόβλημα.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής εκτιμά τη δυναμική των ενδο-οικογενειακών σχέσεων και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της, συμπεριλαμβανομένων των προσδοκιών και των περιορισμών όσον αφορά τους ρόλους του καθενός.

2. Εκτιμά το επίπεδο των γνώσεων από την πλευρά της οικογένειας.
3. Ενθαρρύνει τα μέλη της οικογένειας να εκφράζουν τα αισθήματα τους και βοηθά στην αντιμετώπιση διαφόρων αισθημάτων, όπως ενοχή, θυμός, απελπισία, θλίψη και άγχος.
4. Βοηθά τα μέλη της οικογένειας να αναγνωρίσουν την τυχόν προβληματική συνεργασία μεταξύ τους προκειμένου να βρουν άλλους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων.
5. Παραπέμπει την οικογένεια στις κατάλληλες υπηρεσίες του νοσοκομείου ή σε άλλους κοινωνικούς φορείς (π.χ. κοινωνική λειτουργός, Οργανισμός νεανικής αρθρίτιδας).

Νοσηλευτική διάγνωση

Έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη φροντίδα του παιδιού στο σπίτι.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Οι γονείς αναφέρουν ότι κατανοούν τις οδηγίες για τη φροντίδα του παιδιού στο σπίτι.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής εξηγεί στους γονείς το σκοπό και τον τρόπο χρήσης αναλγητικών φαρμάκων. Στην ενημέρωση συμπεριλαμβάνονται λεπτομέρειες όσον αφορά τη χορήγηση, τις δόσεις και τις πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων αυτών.
2. Εξηγεί στους γονείς τη σημασία της συστηματικής άσκησης, συμπεριλαμβανομένων των ενεργητικών και παθητικών ασκήσεων των αρθρώσεων στο επιτρεπόμενο εύρος κινήσεων.
3. Ενημερώνει τους γονείς για τον τρόπο χρησιμοποίησης των διαφόρων βοηθητικών συσκευών. (17)

Κατάλογος απαραίτητων ενεργειών

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, θα πρέπει να καταγράφονται τα εξής στοιχεία:

- ♦ Η κατάσταση του παιδιού και τα ευρήματα της εξέτασης κατά την είσοδο του στο νοσοκομείο.
- ♦ Οι μεταβολές της κατάστασης του παιδιού.

- ◆ Οι απαντήσεις των σχετικών εργαστηριακών διαγνωστικών εξετάσεων.
- ◆ Η πρόσληψη θρεπτικών ουσιών.
- ◆ Η ανάπτυξη του παιδιού.
- ◆ Η ανταπόκριση του παιδιού στη θεραπεία.
- ◆ Οι αντιδράσεις του παιδιού και των γονέων στην πάθηση και στη νοσηλεία του.
- ◆ Οι κατευθυντήριες γραμμές κατά την ενημέρωση του παιδιού και της οικογένειας του.
- ◆ Οι οδηγίες για τη σχεδιαζόμενη έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο. (17)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Το Παιδί σε Γύψο

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που σχετίζονται με την εφαρμογή και τη φροντίδα του γύψου είναι σχεδόν ίδιες και για τους παιδιατρικούς και για τους ενήλικους. Η φροντίδα όμως του παιδιού με γύψο είναι πολυπλοκότερη. Τα παρακάτω σημεία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη:

- ◆ Το παιδί ενοχλείται περισσότερο από την ακινητοποίηση από ό,τι ένας ενήλικας. Θα πρέπει επομένως να καταβληθεί ιδιαίτερη προσπάθεια να βεβαιωθεί το παιδί ότι οι δραστηριότητες του θα είναι όσο γίνεται περισσότερο φυσιολογικές και ότι θα χρησιμοποιεί τις μη προσβεβλημένες αρθρώσεις και τους μύς κατά τον καλύτερο τρόπο.

- ◆ Το παιδί μπορεί να μην είναι σε θέση να καταλάβει, γιατί ο γύψος είναι απαραίτητος. Ίσως προσπαθήσει να τον απομακρύνει ή να τοποθετήσει κομμάτια παιχνιδιών ή τροφές κάτω από αυτόν κ.λ.π. Πρέπει να παρέχεται στο παιδί η δυνατότητα να απαντήσει στα ερωτήματα του και να διαπραγματευθεί με τα αισθήματα του μέσω του παιχνιδιού (π.χ. του δίνεται μια κούκλα από γύψο). Η στενή παρακολούθηση του είναι επίσης απαραίτητη, για να προληφθεί καταστροφή του γύψου από το ίδιο το παιδί ή η πρόκληση βλάβης στον εαυτό του.

Υπάρχει κίνδυνος να λερωθεί ο γύψος του ισχίου ή του κάτω άκρου με κόπρανα και ούρα (το τμήμα του γύψου που βρίσκεται κοντά στους γλουτούς και στα γεννητικά όργανα πρέπει να καλύπτεται με αδιάβροχο). (3)

4.2 Νοσηλευτική Φροντίδα παιδιού σε γύψο σώματος

- Προετοιμασία του παιδιού, εάν είναι δυνατό για την εφαρμογή του γύψου.
- Διατήρηση του γύψου ακάλυπτου ώσπου να στεγνώσει. Το κάλυμμα εμποδίζει την εξάτμιση του νερού και καθυστερεί το στέγνωμα. Χρειάζονται 24-48 ώρες, για να στεγνώσει ο γύψος. Το στέγνωμα γίνεται από έξω προς τα μέσα.
- Αποφυγή χειρισμού του γύψου με τα δάκτυλα, για να μην δημιουργηθούν εμπιέσματα.
- Υποστήριξη των καμπυλών του γύψου με τοποθέτηση μικρών μαλακών μαξιλαριών καλυμμένων με πλαστική θήκη.
- Αποφυγή τοποθέτησης μαξιλαριού κάτω από το κεφάλι και τους ώμους. Προκαλείται πίεση στο θώρακα.
- Κάλυψη των μερών του σώματος που βρίσκονται έξω από το γύψο με κουβέρτα νοσηλείας.
- Παρακολούθηση για σημεία πίεσης και κακής κυκλοφορίας. Έλεγχος θερμοκρασίας και χρώματος δακτύλων. Άμεση αναφορά αν τα άκρα είναι ψυχρά, ωχρά ή κυανωτικά, υπάρχει απώλεια αίσθησης, αδυναμία κίνησης των δακτύλων, απουσία ποδικού σφυγμού, οίδημα. Για την αποφυγή της δυνητικής αυτής επιπλοκής, το μέρος του σώματος που φέρει το γύψο ανυψώνεται, ώστε να αυξηθεί η φλεβική επιστροφή και ν' αποφευχθεί το οίδημα.
- Εξασφάλιση καλής φροντίδας δέρματος. Καλό πλύσιμο και μαλάξεις στα προσιτά μέρη του δέρματος με μαλακτικές λοσιόν, για πρόληψη κατακλίσεων. Επίσης μαλάξεις του δέρματος κάτω από το γύψο με οινόπνευμα.
- Πρόληψη εξέλκωσης του δέρματος γύρω από τα χείλη του γύψου. Τα χείλη του γύψου λειαινούνται και καλύπτονται με αδιάβροχη κολλητική ταινία. Αποφεύγεται επίσης το σήκωμα του βρέφους από τα πόδια για την αλλαγή της πάνας.
- Προστασία του γύψου από ρύπανση με κόπρανα και ούρα. Στα βρέφη και τα παιδιά που δεν έχουν έλεγχο σφιγκτήρων
- Τοποθετούνται οι πάνες αναδιπλωμένες κάτω από τα χείλη του γύψου και αλλάζονται συχνά. Επίσης εφαρμόζονται λωρίδες λεπτών φύλλων πολυαιθυλενίου κάτω από την περινεϊκή περιοχή του γύψου και επικολλώνται στο γύψο εξωτερικά. Αλλάζονται κάθε φορά που λερώνονται.

- Βοήθεια και ενθάρρυνση του παιδιού να κινεί και να ασκεί τα μέλη που δεν είναι σε γύψο, σε καθορισμένα και συχνά χρονικά διαστήματα.
- Παρότρυνση του παιδιού να αναπνέει βαθιά κατά διαστήματα για πρόληψη υποστατικής πνευμονίας, εξαιτίας της μακράς ακινησίας.
- Αλλαγή θέσης του παιδιού τουλάχιστον κάθε τέσσερις ώρες.
- Ενθάρρυνση του παιδιού να πίνει άφθονα υγρά, ιδιαίτερα φρουτοχυμούς. Κατάλληλη διαίτα.
- Εξασφάλιση ψυχαγωγίας. Η υποχρεωτική ακινησία είναι συχνά τραυματική για το παιδί, με αποτέλεσμα να εμφανίζει πρόβλημα συμπεριφοράς όπως επιθετικότητα κ.ά. μετακίνηση του παιδιού με φορείο ή τροχήλατη πολυθρόνα στον κήπο, όταν ο καιρός είναι καλός, ή στο δωμάτιο παιγνιοθεραπείας, όπου μπορεί να παίξει ή να κάνει παρέα με άλλα παιδιά.
- Εξασφάλιση συνέχισης της εκπαίδευσης του παιδιού (για το παιδί σχολικής ηλικίας).
- Διδασκαλία των γονέων πώς να παρέχουν σωστή φροντίδα στο παιδί τους. (3)

4.3 Αφαίρεση του γύψου

Προκειμένου να αφαιρεθεί ο γύψος, το παιδί πρέπει να προετοιμασθεί κατάλληλη για τη διαδικασία αυτή. Τα παιδιά είναι πολύ φοβισμένα, επειδή πιστεύουν πώς το πριόνι θα κόψει κάποιο μέλος του σώματος τους, αλλά και από τον έντονο θόρυβο που κάνει αυτό.

Περιγράφεται στο παιδί πώς θα χρησιμοποιηθεί το πριόνι και τι θα αισθανθεί (θερμότητα, δόνηση κ.λ.π.) Η προετοιμασία για την διαδικασία αυτή θα μειώσει το άγχος του, κυρίως εάν έχει αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ παιδιού και νοσηλεύτη.

Στη συνέχεια το παιδί ακινητοποιείται, ώστε η διαδικασία κοπής του γύψου να τελειώσει γρήγορα και με ασφάλεια. (3)

Φροντίδα παιδιού μετά την αφαίρεση του γύψου

- Υποστήριξη του μέλους με μαξιλάρια, για να διατηρηθεί η ίδια θέση που υπήρχε και όταν ήταν σε γύψο.
- Καθαρισμός του δέρματος απαλά, με ήπιο σαπούνι και νερό, καλό στέγνωμα και επάλειψη με κρέμα λανολίνης.
- Ενθάρρυνση του παιδιού να κάνει τις ασκήσεις που έχουν παραγγελθεί. Οι ασκήσεις είναι απαραίτητες για την επανάκτηση της δύναμης και λειτουργίας των μυών και της ανακούφισης της δυσκαμψίας των αρθρώσεων.
- Ανύψωση του μέλους όταν το παιδί κάθεται, για να μειωθεί ο κίνδυνος δημιουργίας οιδήματος. (3)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Μηνιγγίτιδα

Εισαγωγή: είναι η φλεγμονή των μηνίγγων του εγκεφάλου, του νωτιαίου μυελού ή και των δύο. Η μηνιγγίτιδα μπορεί να είναι μικροβιακής ή ιογενούς προέλευσης και συχνά προηγείται λοίμωξη αναπνευστικού, φαρυγγίτιδα ή σημεία και συμπτώματα γρίπης. Για τις περισσότερες περιπτώσεις μηνιγγίτιδας ευθύνεται η *Neisseria meningitidis*. Η πάθηση έχει τη μεγαλύτερη συχνότητα στα παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε ετών, με κορύφωση στα παιδιά ηλικίας 3 ως 5 μηνών. Μια σοβαρή μορφή μηνιγγίτιδας είναι αυτή που οφείλεται στον μηνιγγιτιδόκοκο, έχει ταχεία εισβολή και είναι δυνατόν να προκαλέσει το θάνατο. Τα σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνουν υψηλό πυρετό, ληθαργική κατάσταση, ρίγος και εξάνθημα. (17)

5.2 Νοσηλευτική Φροντίδα

Νοσηλευτική διάγνωση

Διαταραχές εγκεφαλικής αιμάτωσης λόγω αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Το παιδί δεν θα εμφανίσει σημεία αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής εκτιμά τη νευρολογική κατάσταση του παιδιού ανά 2 ως 4 ώρες, σημειώνοντας τυχόν σημεία ληθαργικής κατάστασης, προβολή των πηγών (στα νεογνά), μεταβολές κόρων ή σπασμούς.
2. Ελέγχεται η πρόσληψη και αποβολή υγρών του παιδιού σε κάθε βάρδια. Ο αυξημένος όγκος υγρών μπορεί να αυξήσει την ενδοκρανιακή πίεση.
3. Ελέγχει τα ζωτικά σημεία του παιδιού κάθε 2 ως 4 ώρες. Τα ζωτικά σημεία μεταβάλλονται με την αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης.
4. Προσέχει την χροιά και την ένταση του κλάματος του παιδιού. Το έντονο κλάμα υποδηλώνει συνήθως άμεση ενδοκρανιακή πίεση.

Νοσηλευτική διάγνωση

Κίνδυνος τραυματισμού λόγω σπασμών.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Το παιδί δεν θα υποστεί τραυματισμό λόγω των σπασμών.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής λαμβάνει προφυλακτικά μέτρα για τους σπασμούς, ελέγχει αν υπάρχουν άμεσα διαθέσιμα συσκευή αναρρόφησης, τεχνητός αεραγωγός, καθώς και ανύψωση των πλάγιων κγκλιδωμάτων του κρεβατιού και χρήση προστατευτικών μαξιλαριών. Οι προφυλάξεις αυτές βοηθούν στην πρόληψη των πτώσεων, των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, της ανοξίας, της πνιγμονής και του θανάτου και μειώνουν τον κίνδυνο περαιτέρω επιπλοκών.
2. Χορηγεί αντιεπιληπτικά φάρμακα, σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
3. Κατά τη διάρκεια επεισοδίου σπασμών, λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα:
 - Βοηθά το παιδί να ξαπλώσει στο πλάι, είτε στο κρεβάτι, είτε στο πάτωμα, και απομακρύνει τα αντικείμενα από την περιοχή.

- Δεν πρέπει να επιχειρεί να περιορίσει το παιδί, αλλά να παραμείνει δίπλα του.
- Να μην επιχειρεί να βάλει τίποτα στο στόμα του παιδιού, γιατί η προσπάθεια βίαιης εισαγωγής κάποιου αντικειμένου στο στόμα του παιδιού μπορεί να τραυματίσει τα δόντια και τα ούλα.
- Εκτιμά την αναπνευστική κατάσταση του παιδιού. Μπορεί να χρειασθεί αναπνευστική ανάνηψη αν παρουσιάσει άπνοια κατά ή μετά τους σπασμούς.
- Σημειώνει τις κινήσεις του σώματος κατά τη διάρκεια των σπασμών. Ο τύπος των κινήσεων και η διάρκεια των σπασμών βοηθούν στον καθορισμό του τύπου των σπασμών.

Νοσηλευτική διάγνωση

Υπερθερμία λόγω της λοίμωξης.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Η θερμοκρασία σώματος του παιδιού θα παραμείνει κάτω από 37,8° C.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής ελέγχει τη θερμοκρασία του παιδιού ανά 2 ως 4 ώρες.
2. Χορηγεί αντιπυρετικά, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
3. Χορηγεί αντιμικροβιακά, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Τα αντιμικροβιακά καταπολεμούν την υποκείμενη λοίμωξη.
4. Διατηρεί δροσερό περιβάλλον. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται ο πυρετός με την απώλεια θερμότητας λόγω ακτινοβολίας.
5. Κάνει στο παιδί χλιαρά λουτρά (37° C), αναλόγως των αναγκών.

Νοσηλευτική διάγνωση

Έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη φροντίδα στο σπίτι.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Οι γονείς θα εκφράσουν κατανόηση των οδηγιών, για τη φροντίδα στο σπίτι.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής ενημερώνει τους γονείς όσον αφορά τον τρόπο και το χρόνο χορήγησης των συνταγογραφηθέντων φαρμάκων· επίσης συμπεριλαμβάνει λεπτομέρειες σχετικά με τη δοσολογία και τις παρενέργειες.

2. Ενημερώνει τους γονείς για τη σημασία της παροχής επαρκούς ανάπαυσης στο παιδί, γιατί μετά τη λοίμωξη οι συχνές περιόδους ανάπαυσης βοηθούν στην ανάρρωση. (17)

Κατάλογος απαραίτητων ενεργειών

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να καταγράφονται από τους νοσηλευτές τα εξής στοιχεία:

- ◆ Η κατάσταση του παιδιού και τα ευρήματα από την εκτίμηση κατά την εισαγωγή.
- ◆ Οι μεταβολές στην κατάσταση του παιδιού.
- ◆ Τα εργαστηριακά και διαγνωστικά ευρήματα.
- ◆ Η νευρολογική κατάσταση του παιδιού.
- ◆ Η πρόσληψη και αποβολή υγρών.
- ◆ Η κατάσταση θρέψης.
- ◆ Η κατάσταση σωματικής και διανοητικής ανάπτυξης.
- ◆ Η ανταπόκριση του παιδιού στη θεραπεία.
- ◆ Οι αντιδράσεις του παιδιού και των γονέων στην πάθηση και τη νοσηλεία.
- ◆ Οι οδηγίες που δόθηκαν στον ασθενή και την οικογένεια.
- ◆ Οι οδηγίες σχετικά με την έξοδο από το νοσοκομείο. (17)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με Ψυχικές Διαταραχές

Εισαγωγή: Η προαγωγή της ψυχικής υγείας όλων των παιδιών, η πρόληψη ψυχικών τους νοσημάτων καθώς και η φροντίδα των ψυχικά διαταραγμένων παιδιών, αποτελούν καίριους πάντα στόχους της νοσηλευτικής.

Παιδιά με ψυχικές διαταραχές δοκιμάζουν προβλήματα στις οικογένειες, στα σχολεία και στις κοινότητες όπου ζουν. Εμφανίζουν αναπτυξιακές καθυστερήσεις που τα κρατούν πιο πίσω στην επίδοση, απόδοση και επιτυχία από τα συνομήλικα τους παιδιά. Οι γονείς τους παραπονούνται για τη συμπεριφορά τους ή απογοητεύονται από την έλλειψη ανταπόκρισης τους. Τα παιδιά αυτά μπορούν επίσης να παρουσιάσουν σωματικά προβλήματα τυπικά των ενηλίκων ψυχικά αρρώστων καθώς και δυσκολίες επικοινωνίας ή παραπονημένες αντιλήψεις της πραγματικότητας. (14)

Τα ακόλουθα είναι μια σειρά από τα πιο συνηθισμένα προβλήματα που ενδέχεται να παρουσιάσει ένα παιδί κατά την εισαγωγή του στην ψυχιατρική μονάδα. (15)

| | |
|--|-------------------------------------|
| -Βιαιότητα | -Διαταραγμένη συμπεριφορά |
| -Ανορεξία | - Επιλεκτική αλαλία |
| -Ενούρηση | -Ψυχοσωματικές καταστάσεις |
| -Αυτισμός | -Γλωσσικές και μαθησιακές δυσκολίες |
| -Εγκόπηση | - Σχολική φοβία και άρνηση |
| -Παχυσαρκία | -Υστερική συμπεριφορά |
| -Κατάθλιψη / τάσεις αυτοκτονίας | |
| -Καταστάσεις στέρησης / αποτυχία ολοκλήρωσης | |

Νοσηλευτικοί Σκοποί

1. Ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας με τους γονείς με σκοπό τη βοήθεια τους να κατανοήσουν τις δυνάμεις και αδυναμίες του παιδιού.
2. Βοήθεια των γονέων να μάθουν αποτελεσματικές παιδαγωγικές παρεμβάσεις με τις ανάλογες αρχές που τις υπογραμμίζουν.
3. Βοήθεια του παιδιού να αναπτύξει προσαρμοστικές δεξιότητες χειρισμού των προβλημάτων στη ζωή του.
4. Ενθάρρυνση του παιδιού να εκφράζει τα συναισθήματα του με παραδεκτό δημιουργικό τρόπο.
5. Δημιουργία ευκαιριών όπου το παιδί και οι γονείς να έχουν θετική, επιτυχημένη επικοινωνία.
6. Βοήθεια του παιδιού να αναπτύξει θερμές συναισθηματικές σχέσεις με άλλους.

7. Προστασία του παιδιού να μη προκαλέσει βλάβη στον εαυτό του ή στους άλλους.
8. Φροντίδα διατήρησης της σωματικής υγείας του παιδιού.
9. Προαγωγή της επαφής του παιδιού με την πραγματικότητα και ανάπτυξη ρεαλιστικής ιδέας για τον εαυτό του.

Για την εξασφάλιση άριστης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών με ψυχικές διαταραχές, έχουν αναπτυχθεί τα πρότυπα (standars) που ακολουθούν. (14)

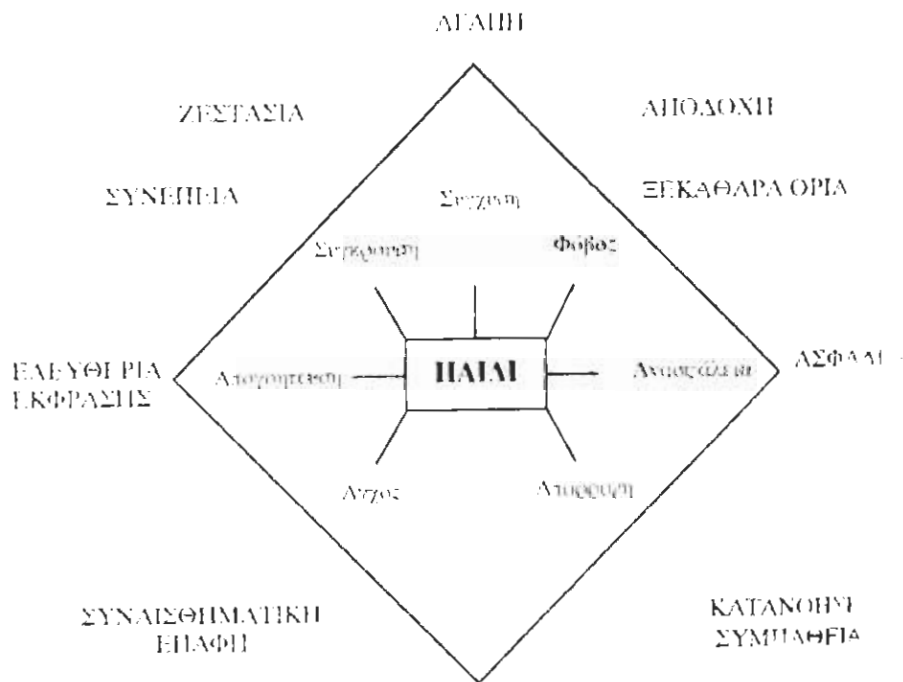
6.2 Πρότυπα νοσηλευτικής φροντίδας Ψυχικής Υγείας Παιδιών

Ο νοσηλευτής εργάζεται σύμφωνα με τα παρακάτω:

1. **Θεωρία.** Εφαρμόζει επιστημονικές αρχές ως βάση για τις κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις του.
2. **Νοσηλευτική εκτίμηση.** Συστηματικά συλλέγει, καταγράφει και αναλύει ακριβή και σημαντικά δεδομένα για τα προβλήματα του αρρώστου.
3. **Νοσηλευτική διάγνωση.** Εκφράζει τα συμπεράσματα της νοσηλευτικής εκτίμησης διατυπώνοντας νοσηλευτικές διαγνώσεις από το σύστημα ταξινόμησης νοσηλευτικών διαγνώσεων.
4. **Προγραμματισμός.** Αναπτύσσει σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας με ειδικούς σκοπούς και παρεμβάσεις μοναδικές για τις ανάγκες κάθε παιδιού καθώς και της οικογένειας και άλλων υποστηρικτικών του προσώπων.
5. **Νοσηλευτική παρέμβαση.** Παρεμβαίνει με οδηγό το σχέδιο φροντίδας και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές πράξεις με σκοπό τη βελτίωση, διατήρηση ή αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και την αποκατάσταση της αναπτυξιακής πορείας στα παιδιά και τους εφήβους.
- 5^α)Παρέμβαση: **θεραπευτικό περιβάλλον.** Δημιουργεί, οργανώνει και διατηρεί ένα θεραπευτικό περιβάλλον σε συνεργασία με το παιδί, την οικογένεια και άλλους συνεργάτες.
- 5^β)Παρέμβαση: **Δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.** Χρησιμοποιεί τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής με σκοπό να ενισχύσει τη σωματική και ψυχική ευεξία του παιδιού και της οικογένειας.

- 5γ) Παρέμβαση. **Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.** Χρησιμοποιεί ψυχοθεραπευτικές στρατηγικές για να βοηθήσει τα παιδιά και τις οικογένειες να αναπτύξουν, βελτιώσουν ή επανακτήσουν την προσαρμοστική τους λειτουργικότητα, να προωθήσει την υγεία, να προλάβει την αρρώστια και να διευκολύνει την αποκατάσταση.
- 5δ) Παρέμβαση: **Ψυχοθεραπεία.** Ο ειδικευμένος νοσηλευτής ψυχικής υγείας με κλινική εξειδίκευση νομικά κατοχυρωμένη, λειτουργεί ως ψυχοθεραπευτής για το παιδί και την οικογένεια.
- 5ε) Παρέμβαση: **Αγωγή υγείας και καθοδηγητική εργασία (guidance).** Βοηθεί το παιδί και την οικογένεια να επιτύχουν πιο ικανοποιητικούς και παραγωγικούς τρόπους ζωής με στρατηγικές ψυχο-παιδαγωγικής και καθοδηγητικής.
- 5στ) Παρέμβαση: **Σωματικές θεραπείες.** Εφαρμόζει τις ενδεικνυόμενες σωματικές θεραπείες (χορήγηση παραγγελθέντων ψυχοτρόπων φαρμάκων κ.ά.) με γνώση και υπευθυνότητα για τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.
- 6) **Αξιολόγηση αποτελεσμάτων.** Αξιολογεί την ανταπόκριση του παιδιού και της οικογένειας στις νοσηλευτικές πράξεις με σκοπό την αναθεώρηση των βασικών δεδομένων των νοσηλευτικών διαγνώσεων και του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας. (14)

Το παρακάτω σχήμα απεικονίζει ορισμένες συνήθεις περιοχές προβλημάτων παιδιών που παρακολουθούνται σε κέντρα ψυχικής υγείας, καθώς και τις ανάγκες που αντιστοιχούν στις περιοχές αυτές. (15)



Για προβλήματα και οι ανάγκες ενός παιδιού ενταγμένου σε πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας.

6.3 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με Απώλεια Συνείδησης

- ◆ Διατήρηση ανοικτής της αεροφόρου οδού.
- ◆ Ελάττωση ενδοκρανιακής πτώσεως.
- ◆ Πρόληψη εγκεφαλικής υποξίας.
- ◆ Διαπίστωση πρώτων σημείων εγκεφαλικής υποξαιμίας.
- ◆ Αξιολόγηση νευρολογικής κατάστασης.
- ◆ Αξιολόγηση επιπέδου συνειδητότητας.
- ◆ Πρόληψη ή έλεγχος υπερθερμίας.
- ◆ Βοήθεια για τα διαγνωστικά test.
- ◆ Πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.
- ◆ Διατήρηση ακεραιότητας του δέρματος.
- ◆ Προστασία από βλάβες π.χ. πτώση από την κούνια.
- ◆ Διατήρηση χαλάρωσης και λειτουργικότητας των άκρων.
- ◆ Διατροφή και υδάτωση.
- ◆ Εξασφάλιση επαρκούς αποβολής αχρήστων.
- ◆ Πρόληψη υπερβολικών ερεθισμάτων.
- ◆ Παροχή αισθητηριακών ερεθισμάτων.
- ◆ Υποστήριξη των γονέων.
- ◆ Βοήθεια στην τοποθέτηση του παιδιού σε άλλο ίδρυμα.
- ◆ Προγραμματισμός εξόδου του παιδιού και συνεχιζόμενης φροντίδας. (6)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Οξεία Σπειραματονεφρίτιδα

Εισαγωγή: είναι η συχνότερη λοιμώδης πάθηση των νεφρών στην παιδική ηλικία, προσβάλλει το νεφρικό σπείραμα και διαταράσσει το ρυθμό σπειραματικής διήθησης νεφρών, πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα την κατακράτηση νερού, νατρίου και υπέρταση. Η οξεία σπειραματονεφρίτιδα προσβάλλει τα αγόρια συχνότερα από τα κορίτσια και συνήθως συμβαίνει στην ηλικία των έξι ετών περίπου. Η θεραπεία συνιστάται κυρίως στη χορήγηση αντιβιοτικών, αντιυπερτασικών και διουρητικών, όπως επίσης και σε ειδική διαίτα. (17)

Νοσηλευτική φροντίδα

Νοσηλευτική διάγνωση

Διαταραχή της αιμάτωσης του εγκεφάλου, που οφείλεται στην κατακράτηση ύδατος και στην υπερνατριαιμία.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Η αιμάτωση του παιδιού παραμένει φυσιολογική, όπως αυτό φαίνεται από τη φυσιολογική αρτηριακή πίεση αίματος, τη μειωμένη κατακράτηση ύδατος και την απουσία σημείων υπερνατριαιμίας.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί και καταγράφει την αρτηριακή πίεση του παιδιού κάθε μία με δύο ώρες στη διάρκεια της οξείας φάσης της νόσου.
2. Εφαρμόζει τα εξής μέτρα για την πρόληψη των σπασμών:
 - Δίπλα στο κρεβάτι υπάρχει πάντα ένας στοματοφαρυγγικός αεραγωγός και μία συσκευή αναρρόφησης.
 - Ενημερώνει το προσωπικό του τμήματος σχετικά με την πιθανότητα εμφάνισης σπασμών στο παιδί. Με την εφαρμογή αυτών των προληπτικών μέτρων είναι δυνατόν να προληφθεί ο τραυματισμός του παιδιού κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου σπασμών. Παρά το ότι οι σπασμοί δεν είναι συνηθισμένοι στην οξεία σπειραματονεφρίτιδα, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν λόγω ελάττωσης της οξυγόνωσης του εγκεφάλου.

3. Χορηγεί αντιϋπερτασική αγωγή, όπως για παράδειγμα υδραλαζίνη, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Παρακολουθεί το παιδί για τυχόν εμφάνιση παρενεργειών.
4. Παρακολουθεί το ισοζύγιο υγρών του παιδιού κάθε 1-2 ώρες. Ελέγχει την παροχή ούρων, που θα πρέπει να είναι 1-2ml/kg ανά ώρα.
5. Εκτιμά τη νευρολογική κατάσταση του παιδιού (επίπεδο συνείδησης, αντανακλαστικά, απάντηση των κόρων) ανά 8 ώρες. Ειδοποιεί αμέσως το γιατρό σε κάθε σημαντική αλλαγή της κατάστασης του παιδιού.
6. Χορηγεί διουρητικά, όπως για παράδειγμα υδροχλωροθειαζίδη ή φουροσεμίδη, σύμφωνα με τις οδηγίες.

Νοσηλευτική διάγνωση

Περίσσεια όγκου υγρών, που οφείλεται στην ολιγουρία.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Το παιδί θα διατηρήσει φυσιολογικό όγκο υγρών, όπως αυτό φαίνεται από την παροχή ούρων που είναι περίπου 1-2ml/kg/h.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ζυγίζει το παιδί καθημερινά και παρακολουθεί την παροχή ούρων ανά 4 ώρες. Διότι η ταχεία αύξηση του σωματικού βάρους είναι ένδειξη κατακράτησης υγρών. Ενώ η ελάττωση παροχής ούρων μπορεί να είναι ενδεικτική επικείμενης νεφρικής ανεπάρκειας.
2. Εξετάζει το παιδί για οίδημα. Μετρά την περίμετρο της κοιλιάς ανά 8 ώρες και στα αγόρια ελέγχει το όσχεο για τυχόν οίδημα. Διότι η αυξημένη περίμετρος της κοιλιάς και το οίδημα του οσχέου συνήθως είναι ένδειξη ασκίτη.
3. Παρακολουθεί στενά το παιδί για παρενέργειες της θεραπείας με διουρητικά, ειδικά όταν χρησιμοποιείται υδροχλωροθειαζίδη ή φουροσεμίδη γιατί μπορούν να προκαλέσουν υποκαλιαιμία.
4. Εκτιμά το χρώμα, τη σύσταση και το ειδικό βάρος των ούρων του παιδιού. Διότι τα αφρώδη ούρα είναι ενδεικτικά αυξημένης αποβολής πρωτεΐνης, πράγμα που αποτελεί ένδειξη έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας.
5. Παρακολουθεί τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων που έχουν ζητηθεί.

Νοσηλευτική διάγνωση

Διαταραχές θρέψης: ανεπαρκής κάλυψη των θρεπτικών απαιτήσεων του οργανισμού λόγω της ανορεξίας.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Η πρόσληψη θρεπτικών ουσιών από το παιδί θα βελτιωθεί, όπως αυτό φαίνεται από το ότι καταναλώνει το 80% του κάθε γεύματος του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής προσφέρει διαίτα υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες.
2. Προσφέρει μικρά, συχνά γεύματα, στα οποία περιλαμβάνονται μερικά από τα αγαπημένα φαγητά του παιδιού.
3. Περιορίζει την πρόσληψη νατρίου και πρωτεϊνών, σύμφωνα με τις οδηγίες.

Νοσηλευτική διάγνωση

Δυσανεξία σε διάφορες δραστηριότητες, που οφείλεται στην κόπωση.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Το παιδί ανέχεται ικανοποιητικά τις διάφορες δραστηριότητες, όπως αυτό φαίνεται από το ότι είναι σε θέση να παίζει για μεγάλες χρονικές περιόδους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής προγραμματίζει περιόδους ανάπαυσης μετά από κάθε δραστηριότητα.
2. Προσφέρει τη δυνατότητα στο παιδί να παίζει ήσυχα με παιχνίδια, που του δημιουργούν ενδιαφέρον και είναι κατάλληλα για την ηλικία του.
3. Προγραμματίζει τις διάφορες νοσηλευτικές παρεμβάσεις έτσι, ώστε να γίνονται όλες μαζί σε ορισμένα προγραμματισμένα χρονικά διαστήματα, με σκοπό να έχει το παιδί τη δυνατότητα να κοιμάται χωρίς διακοπές και ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Νοσηλευτική διάγνωση

Κίνδυνος δερματικής βλάβης, που σχετίζεται με την ακινησία και το οίδημα.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Το δέρμα του παιδιού παραμένει ακέραιο, όπως αυτό φαίνεται από τη ροδαλή χροιά του και από την απουσία οιδήματος, ερυθρότητας ή λύσης της συνέχειας του δέρματος.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής εξασφαλίζει ειδική «κουλούρα» από ειδικό σπογγώδες μαλακό υλικό, που θα χρησιμοποιηθεί στο κρεβάτι του παιδιού. Η ειδική «κουλούρα» υποστηρίζει τις περιοχές όπου υπάρχουν οστικές προεξοχές και με τον τρόπο αυτό ελαττώνεται ο κίνδυνος λύσης της συνέχειας του δέρματος.
2. Βοηθά το παιδί να αλλάζει θέση κάθε δύο ώρες.
3. Πλένει κάθε μέρα το παιδί με ένα σαπούνι υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά.
4. Τα οιδηματώδη άκρα υποστηρίζονται και ανυψώνονται σε ανάρροπη θέση.
5. Τοποθετεί αν πρόκειται για αγόρι, στην κατάλληλη θέση ένα μαξιλαράκι οσχέου.

Νοσηλευτική διάγνωση

Άγχος των γονέων που σχετίζεται με την παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Το άγχος των γονέων θα ελαττωθεί, όπως αυτό φαίνεται από το ότι οι γονείς εκφράζουν τους φόβους τους και από το ότι κατανοούν την κατάσταση του παιδιού τους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ο νοσηλευτής ακούει τους προβληματισμούς των γονέων.
2. Εξηγεί όλες τις παρεμβάσεις στους γονείς. Επίσης τους ενθαρρύνει να συμμετέχουν σε συζήτηση σχετικά με τη φροντίδα του παιδιού.
3. Παραπέμπει τους γονείς στην κατάλληλη ομάδα υποστήριξης, αν υπάρχει ένδειξη.

Νοσηλευτική διάγνωση

Έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη φροντίδα του παιδιού στο σπίτι.

Αναμενόμενο αποτέλεσμα

Οι γονείς αναφέρουν ότι κατανοούν τις οδηγίες για τη φροντίδα του παιδιού στο σπίτι.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Εξηγεί στους γονείς την παθοφυσιολογία της νόσου.
2. Διαβεβαιώνει τους γονείς ότι η νόσος σπάνια έχει απώτερες συνέπειες.
3. Εξηγεί στους γονείς την ανάγκη εφαρμογής μιας δίαιτας πτωχής περιεκτικότητας σε νάτριο μέχρις ότου υποχωρήσει το οίδημα και αποκατασταθεί η νεφρική λειτουργία.
4. Ενημερώνει τους γονείς ότι θα πρέπει να περιορισθεί η δραστηριότητα του παιδιού, μέχρις ότου ο γιατρός επιτρέψει την επάνοδο του στις φυσιολογικές δραστηριότητες.
5. Ενημερώνει τους γονείς για τα σημεία και τα συμπτώματα της νεφρικής ανεπάρκειας, όπως είναι η ελαττωμένη παροχή ούρων, η αύξηση του σωματικού βάρους και το οίδημα.
6. Υπογραμμίζει στους γονείς τη σημασία της πιστής τήρησης του προγράμματος παρακολούθησης (follow-up) του παιδιού. (17)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με Εγκαύματα

Εγκαύματα είναι οι βλάβες που προκαλεί στον οργανισμό η άμεση επίδραση θερμότητας, χημικών παραγόντων και ακτινοβολίας. (10)

Οι βαθμοί των εγκαυμάτων:

Ανάλογα με το βαθμό της καταστροφής των ιστών και με την έκταση της περιοχής του σώματος που κατέλαβαν ταξινομούνται σε:

Πρώτου βαθμού εγκαύματα αφορούν την επιδερμίδα.

Δεύτερου βαθμού εγκαύματα περιλαμβάνουν καταστροφή του δέρματος και του χορίου.

Τρίτου βαθμού εγκαύματα αφορούν την επιδερμίδα, το δέρμα, τις νευρικές απολήξεις, τους θυλάκους των τριχών και τους ιδρωτοποιούς αδένες που συχνά απαιτούν χειρουργικό καθαρισμό και πλαστική δέρματος. (6)

Νοσηλευτική Φροντίδα

Πρόβλημα / Ανάγκη

Διατήρηση ασηψίας στο έγκαυμα και προώθηση επούλωσης.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Αφαίρεση γαζών – τοποθέτηση του παιδιού σε λουτήρα με κινούμενο νερό και καθαρισμός εγκαύματος.
2. Καθαρισμός με γάζες, απαλά χωρίς βία.
3. Παρατήρηση για αλλαγή χρώματος, ασυνήθη οσμή ή πυόρροια.
4. Τοποθέτηση εμποτισμένων αντιμικροβιακών γαζών στο έγκαυμα.
5. Θερμομέτρηση του παιδιού και ενημέρωση γιατρού πάνω από 38.5° C.
6. Χορήγηση αντιπυρετικών σε περίπτωση πυρετού για πρόληψη υπερβολικής κατανάλωσης θερμίδων.
7. Καλλιέργεια υγρού από το έγκαυμα όταν υπάρχει υποψία μόλυνσης και χορήγηση αντιβιοτικών κατά την ιατρική οδηγία.
8. Τοποθέτηση του άρρωστου παιδιού σε προστατευτική απομόνωση.

Πρόβλημα / Ανάγκη

Διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ενθάρρυνση λήψης υγρών από το στόμα, αν μπορεί να τα ανεχθεί το παιδί.
2. Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως για εγκαύματα έκτασης πάνω του 20% ή αν το παιδί δεν μπορεί να πίνει από το στόμα.
3. Τακτική εξέταση των ηλεκτρολυτών του αίματος.
4. Έλεγχος του ειδικού βάρους των ούρων κάθε 2-4 ώρες με αραιώση της συχνότητας του ελέγχου όταν λαμβάνονται κανονικά τα υγρά.
5. Αν το παιδί έχει ναυτία ή εμετούς, ενημέρωση του γιατρού.
6. Αυστηρή τήρηση του ισοζυγίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.

Πρόβλημα / Ανάγκη

Αλλαγή στις διατροφικές ανάγκες

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Χορήγηση διαίτας πλούσιας σε πρωτεΐνες και θερμίδες. Οι θερμιδικές ανάγκες είναι τρεις φορές μεγαλύτερες των φυσιολογικών.
2. Ακριβές ζύγισμα καθημερινά.
3. Μέτρηση των χορηγούμενων θερμίδων αν το παιδί δεν διατηρεί το βάρος του, ώστε η διαίτα να αξιολογείται, να εμπλουτίζεται και να τροποποιείται για την επαρκή σίτιση του παιδιού.

Πρόβλημα / Ανάγκη

Πρόληψη της αναιμίας

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ενημέρωση του γιατρού αν το έγκαυμα αρχίζει να αιμορραγεί και η αιμορραγία είναι εκτεταμένη.
2. Σε κάθε αλλαγή των γαζών, παρατήρηση και αναφορά – προφορική και γραπτή τυχόν αιμορραγίας.
3. Χορήγηση βιταμινών και σιδήρου κατά την ιατρική οδηγία.
4. Χορήγηση επαρκούς διατροφής.

Πρόβλημα / Ανάγκη

Πρόληψη μόνιμων μυϊκών συσπάσεων (παραμορφώσεων).

Διατήρηση καλής κυκλοφορίας.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Συνεργασία με τον φυσικοθεραπευτή για αξιολόγηση του παιδιού αν το έγκαυμα περιλαμβάνει αρθρώσεις ή αν προκάλεσε βλάβη μυών.
2. Τοποθέτηση ναρθηκών αν χρειάζονται και προσεκτική παρακολούθηση μήπως προκαλέσουν ερεθισμό ή τραυματισμό στο δέρμα.
3. Παρακολούθηση του χρώματος της όψεως και της κινητικότητας των άκρων (ιδιαίτερα αν το έγκαυμα είναι κυκλικό δηλ. καταλαμβάνει ολόκληρη την επιφάνεια του μέλους).
4. Ενθάρρυνση κίνησης και βαδίσματος.
5. Απασχόληση του παιδιού σε δραστηριότητες και παιχνίδια κατάλληλα για την ηλικία του με προφύλαξη του από μολύνσεις.

Πρόβλημα / Ανάγκη

Πόνος και δυσφορία

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Εξακρίβωση του πόνου και χορήγηση αναλγητικών αν χρειάζονται για έντονο πόνο. Όχι καταστολή του παιδιού με ηρεμιστικό διότι τότε το παιδί θα είναι νυσταλέο και δεν θα μπορεί να τρώει, ενώ η διατροφή είναι απαραίτητη για την επούλωση του εγκαύματος.
2. Όταν αρχίζει η επούλωση, χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων αν χρειάζονται για την ανακούφιση του κνησμού.

Πρόβλημα / Ανάγκη

Ψυχολογική υποστήριξη

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Κατά την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο, λήψη ιστορικού σχετικού με την αιτία του εγκαύματος, χωρίς κριτική.
2. Δημιουργία ευκαιρίας για την οικογένεια να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της.
3. Απασχόληση του παιδιού με παιχνίδι που παριστάνει το μπάνιο και τις αλλαγές του εγκαύματος, αν είναι κατάλληλο για την ηλικία του.
4. Επίκληση κοινωνικών υπηρεσιών αν χρειάζονται, ιδιαίτερα αν υπάρχει υποψία κακοποίησης ή παραμέλησης του παιδιού.
5. Βοήθεια στην ανάπτυξη της θετικής εικόνας σώματος του παιδιού με επαίνους για όσα κατορθώνει, όχι τονίζοντας τις παραμορφώσεις από το έγκαυμα αλλά πόσο καλά συνεργάζεται το παιδί για να θεραπευθεί. (6)

8.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση Βαριών Έγκαυμάτων

1. Ανακούφιση από τον πόνο. Χορηγείται πεθιδίνη κατόπιν ιατρικής εντολής ή υπόθετα Lonarid.
2. Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και χορήγηση οξυγόνου, ενδοτραχειακή διασωλήνωση και αναπνευστική υποστήριξη, αν ενδείκνυται.
3. Χορήγηση αναλγητικών ενδοφλεβίως, εάν χρειάζεται.
4. Απομάκρυνση των ενδυμάτων και εξέταση της κεφαλής, του σκελετού ή του νευρικού συστήματος για κάκωση.
5. Εξασφάλιση ενδοφλέβιας γραμμής για χορήγηση υγρών με ταχύ ρυθμό και, για αρρώστους με εκτεταμένο έγκαυμα για μέτρηση της Κ.Φ.Π.
6. Τοποθετείται στεφάνη για να μην έρχονται σε επαφή τα σκεπάσματα με την εγκαυματική επιφάνεια.
7. Μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων κάθε ώρα.
8. Επαγρύπνηση για σημεία shock που εμφανίζονται αμέσως μετά από βαρύ έγκαυμα: ταχυκαρδία, υποθερμία, υπόταση, ωχρότητα, ταχεία και επιπόλαιη αναπνοή, ολιγουρία ή ανουρία.
9. Ζύγισμα του παιδιού.
10. Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα (folley) για λήψη δειγμάτων ούρων και ωριαία μέτρηση αποβαλλόμενων ούρων.
11. Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα για κένωση του στομάχου και πρόληψη εισρόφησης γαστρικού υγρού.
12. Λήψη δείγματος αίματος για σύγκριση με τις επόμενες εργαστηριακές εξετάσεις.
13. Αφαίρεση όλων των κοσμημάτων προτού σχηματισθεί το οίδημα.
14. Αφαίρεση νεκρωμένων ιστών, επάλειψη αλοιφών ή κρεμών και επίδεση.
15. Υπολογισμός των αναγκών σε υγρά και καθορισμός του τρόπου χορήγησης αυτών.
16. Λήψη ιστορικού σχετικά με την πρόκληση του εγκαύματος και άλλων σχετικών πληροφοριών. (3)

8.3 Προγραμματισμός και διδασκαλία για την Έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο

1. Πρόσκληση των γονέων να συμμετέχουν στο μπάνιο του παιδιού όσο το δυνατό νωρίτερα.
2. Βαθμιαία διδασκαλία των γονέων να κάνουν οι ίδιοι το μπάνιο του παιδιού, τον καθαρισμό και την άσηπτη επίδεση του εγκαύματος, αν είναι ικανοί.
3. Διδασκαλία των γονέων πώς να παρακολουθούν τις αλλαγές του εγκαύματος καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας μέχρι την επούλωση.

Αυτές οι αλλαγές είναι:

- Παρουσία κίτρινου εξιδρώματος στα πρώτα στάδια.
- Νεκρώματα δέρματος πάνω στις γάζες.
- Κάποια αιμορραγία από τους νέους ιστούς αναμένεται.
- Παράπονα για κνησμό, αλλά παρεμπόδιση του ξυσίματος διότι το νέο δέρμα είναι πολύ ευαίσθητο.
- Χρήση λανολίνης αν το νέο δέρμα είναι ξηρό και απολεπίζεται (μασάζ 2-3 φορές την ημέρα).
- Το νεοθεραπευμένο δέρμα είναι ευαίσθητο στο ζεστό και στο κρύο και εύκολα παθαίνει εγκαύματα ηλίου κατά τον πρώτο χρόνο. Γι' αυτό το παιδί πρέπει να χρησιμοποιεί χλιαρό νερό και ν' αποφεύγει τον ήλιο.
- Παροχή γραπτών οδηγιών μαζί με τις παραπάνω πληροφορίες στους γονείς.
- Προγραμματισμός παρακολούθησης του παιδιού και σύνδεσης της οικογένειας με κέντρο υγείας ή άλλες υπηρεσίες οικιακής βοήθειας. (6)

8.4 ΚαρδιοΑναπνευστική Αναζωογόνηση στα παιδιά

Ορισμός: ΚαρδιοΑναπνευστική Αναζωογόνηση (cardiopulmonary resuscitation) είναι ο συνδυασμός τεχνητής αναπνοής και μαλάξεων της καρδιάς, που εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση της καρδιοαναπνευστικής ανακοπής. (10)

Θεραπεία

Η γρήγορη εφαρμογή της ΚΑΑ αμέσως μόλις διαπιστωθεί η καρδιοαναπνευστική ανακοπή και ο συντονισμός των ενεργειών του αρωγού έτσι που να μην υπάρχει απώλεια χρόνου κατά την εκτέλεση της είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχία της.

Αν η ΚΑΑ αρχίσει, αφού περάσουν 10 min από τη στιγμή που συνέβη η καρδιοαναπνευστική ανακοπή, οι πιθανότητες να ανακτήσει το θύμα τη φυσιολογική του εγκεφαλική λειτουργία είναι μηδαμινές. Στην περίπτωση που είναι άγνωστος ο χρόνος, που έχει περάσει από τη στιγμή της ανακοπής, ο αρωγός οφείλει να αρχίσει ΚΑΑ, μια και η όποια αμφιβολία δεν πρέπει να λειτουργήσει σε βάρος του θύματος. Η διαδικασία της ΚΑΑ ολοκληρώνεται στις παρακάτω φάσεις: (10)

Έλεγχος αντίδρασης

Αρχικά γίνεται εκτίμηση της αντίδρασης του παιδιού από το νοσηλευτή, μιλώντας του δυνατά και κουνώντας το. Αν δεν απαντήσει, τότε καλεί βοήθεια και μετακινεί το παιδί αν δεν βρίσκεται σε καλή θέση. Αν υπάρχουν ενδείξεις τραυματισμού, τότε προσέχουν την μετακίνηση του για να μην προκληθεί κάκωση του αυχένα, αποφεύγοντας κάμψη, έκταση ή περιστροφή της κεφαλής. (18)

Χειρισμός αεραγωγού

Οι ανατομικές διαφορές των παιδιών σε σχέση με τους ενήλικες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από το νοσηλευτή στην προσπάθεια του να προστατέψει τον αεραγωγό. Τα παιδιά έχουν μεγάλο κεφάλι, βραχύ τραχήλο και σχετικά μεγάλη γλώσσα. Η υπέρμετρη κάμψη του τραχήλου μπορεί να εκθέσει τον αεραγωγό, ενώ η πίεση στα μαλακά μέρη του τραχήλου και ιδίως στην γλώσσα μπορεί να αποφράξει τον αεραγωγό.

Η διάνοιξη του αεραγωγού γίνεται καλύτερα με την τεχνική jaw-thrust, έλξης και με τα δύο χέρια προς τα πάνω και εμπρός της κάτω γνάθου.

Τα παιδιά είναι εκτεθειμένα σε διάταση στομάχου κατά την αναπνοή στόμα με στόμα αν ο ανώτερος αεραγωγός είναι μερικώς αποφραγμένος. Η τοποθέτηση ενδοτράχειου σωλήνα στα παιδιά εξαρτάται από την ηλικία και το βάρος του ενώ πρέπει να αποφεύγονται η βίαιη διασωλήνωση και η διασωλήνωση ενός στελεχιαίου βρόγχου. (18)

Έλεγχος Αναπνοής

Η ύπαρξη και η επάρκεια αναπνοής ελέγχεται όπως και στους ενήλικες με την τακτική **ακούω, βλέπω, αισθάνομαι**

Ακούω Στο στόμα και στη μύτη του παιδιού τον θόρυβο της αναπνοής του.

Βλέπω Αν υπάρχει κίνηση του θώρακα και της κοιλιάς.

Αισθάνομαι Στο μάγουλο μου τον εκπνεόμενο αέρα.

Αν υπάρχει προσπάθεια αναπνευστικών κινήσεων του θώρακα αλλά δεν γίνεται αισθητός ο αναπνεόμενος αέρας, πιθανολογείται απόφραξη αεραγωγού.

Αν δεν υπάρχει αυτόματη αναπνοή, τότε αρχίζει η αναπνοή στόμα με στόμα. Στα βρέφη η εμφύσηση του αέρα γίνεται ταυτόχρονα στο στόμα και στη μύτη. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί ταυτόχρονα την έκπτυξη του θώρακα και αν δεν είναι ικανοποιητική, ελέγχει την βατότητα των αεραγωγών.

Ελέγχει επίσης την ύπαρξη σφυγμού και στα βρέφη προτιμάται η βραχιόνια αρτηρία που ψηλαφάται στο μέσον της έσω επιφάνειας του βραχίονα, στην αύλακα του δελτοειδή, ενώ στα μεγαλύτερα παιδιά ψηλαφάται η καρωτίδα. (18)

Θωρακικές συμπίεσεις



Κατά τις θωρακικές συμπίεσεις ο αρωγός πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τα εξής:

Η θέση της καρδιάς των νεογνών βρίσκεται πίσω από την μεσότητα του στέρνου, γι' αυτό χρειάζεται προσοχή στην εφαρμογή των θωρακικών συμπίεσεων, να μην γίνονται στο κάτω τριτημόριο του στέρνου επειδή υπάρχει

κίνδυνος ρήξης του σπλήνα και του ήπατος.

Στα νεογνά και βρέφη εφαρμόζεται τεχνική συμπίεσης, με τα δύο δάκτυλα (δείκτη και μέσο δάκτυλο) και με συχνότητα 100/λεπτό ενώ στα παιδιά μέχρι 8 ετών εφαρμόζονται συμπίεσεις με την μία παλάμη και με συχνότητα 75/λεπτό. (18)

Χορήγηση φαρμάκων

Η αγγειακή προσπέλαση στα μικρά παιδιά είναι δύσκολη και γι' αυτό προτιμώνται η ενδοστική, η ενδοκαρδιακή και η ενδοτραχειακή χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

Κατά την ενδοστική χορήγηση υγρών και φαρμάκων μπορεί να προκληθεί οστεομυελίτιδα και σύνδρομο διαμερίσματος.

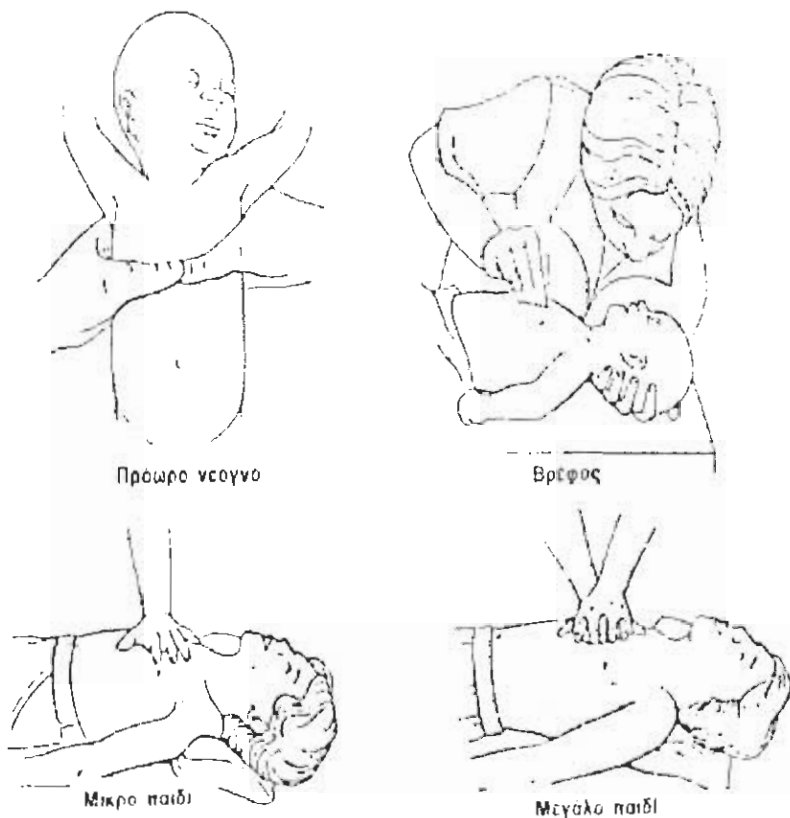
Κατά την ενδοκαρδιακή προσπέλαση (είτε υποξιφοειδικά, είτε από το 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα αριστερά) μπορεί να προκληθεί βλάβη των στεφανιαίων αγγείων, ενδομυοκαρδιακή έγχυση, πνευμοθώρακα ή καρδιακό επιπωματισμό.

Κατά την ενδοτράχεια έγχυση φαρμάκων, μπορεί να προκληθεί βλάβη του πνευμονικού παρεγχύματος. Η Αδρεναλίνη, η Ξυλοκαΐνη και η Ατροπίνη πρέπει να χορηγούνται σε αραιώση χλωρονατριούχου ορού 1ml για τα νεογνά, 3ml για τα βρέφη και τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και 5ml για τα μεγαλύτερα παιδιά. (18)

Η βασική υποστήριξη της ζωής σταματά:

- Όταν επανέλθει η αυτόματη καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία.
- Όταν την προσπάθεια αναλάβει ο γιατρός.
- Μόλις το θύμα φτάσει σε χώρο με κατάλληλο εξοπλισμό και ανάλογα εκπαιδευμένο προσωπικό.
- Αν ο αρωγός εξαντληθεί και αδυνατεί να συνεχίσει την προσπάθεια. (10)

ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ



8.5 Θαλασσαιμικά Σύνδρομα ή Μεσογειακές Αναιμίες

Εισαγωγή: Είναι κληρονομικά σύνδρομα κληρονομούμενα με τον υπολειπόμενο χαρακτήρα. Η βασική ανωμαλία βρίσκεται στην ανεπαρκή σύνθεση της HbA, εξαιτίας ελαττωματικής σύνθεσης της μίας από τις πολυπεπτιδικές αλυσίδες, δηλαδή της α ή της β. Ο ρυθμός σύνθεσης κάθε μιας αλυσίδας φαίνεται ότι εξαρτάται από ειδικούς γόνους και στα θαλασσαιμικά σύνδρομα η ανωμαλία ίσως να οφείλεται σε μεταλλαγή ενός από αυτούς τους γόνους.

Κυριότεροι αντιπρόσωποι της ομάδας των μεσογειακών αναιμιών είναι η α και η β-μεσογειακή αναιμία.

Η β-μεσογειακή αναιμία είναι η συχνότερη και αυτή που έχει τη βαρύτερη κλινική εικόνα. Εμφανίζεται είτε σε ετερόζυγη μορφή, με το όνομα μεσογειακό στίγμα, είτε σε ομόζυγη μορφή, με το όνομα μείζων β-μεσογειακή αναιμία ή αναιμία Cooley. (21)

Οι κλινικές εκδηλώσεις που συνδέονται με τη β-μεσογειακή αναιμία περιλαμβάνουν:

Ημικρανικό και μετωπιαίο κίρτισμα.



Μαγγάλαιδες, προσκατεία

1. Αναιμία, που εμφανίζεται από τους πρώτους μήνες της ζωής. Οι άρρωστοι έχουν έντονη ωχρότητα με λεμονοειδή απόχρωση.
2. Καθυστέρηση της ανάπτυξης του παιδιού, που γίνεται αισθητή στην ηλικία των 9-10 χρονών.
3. Χολολιθίαση.
4. Αύξηση του ουρικού οξέος και πιθανόν αρθρίτιδα.

5. Ηπατομεγαλία.
6. Αυξημένη προδιάθεση στις λοιμώξεις.

7. Προοδευτική διόγκωση του σπλήνα, που οδηγεί στον υπερσπληνισμό (αναιμία, θρομβοπενία και λευκοπενία), με αποτέλεσμα επιδείνωσης της αναιμίας, τάση για αιμορραγία και ευαισθησία στις λοιμώξεις.
8. Τυπικό μογγολοειδές προσωπείο. Η παραμόρφωση αυτή της κεφαλής του παιδιού οφείλεται στην αύξηση του εύρους της διπλής εξαιτίας της έντονης δραστηριότητας του μυελού.
9. Απουσία ή καθυστέρηση εμφάνισης των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου.
10. Σακχαρώδη διαβήτη.
11. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Ο κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας για τη δημιουργία της καρδιακής ανεπάρκειας είναι η χρόνια αναιμία, που αντιμετωπίζεται με συχνές μεταγγίσεις αίματος, με αποτέλεσμα την εναπόθεση σιδήρου στο μυοκάρδιο.
(21)

Σκοποί της φροντίδας

Αμέσοι:

- α) Διόρθωση τυχόν ανισοζυγιών.
- β) Πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών.
- γ) Τροποποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων ανάλογα με το βαθμό αναιμίας.
- δ) Βοήθεια για παράταση ζωής του αρρώστου και βελτίωση ποιότητας της.

Μακροπρόθεσμοι

- α) Παροχή βοήθειας στον άρρωστο και τους γονείς για κατανόηση της φύσης της μεσογειακής αναιμίας και των επιπτώσεων της.
- β) Προσπάθεια για δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου με ενθάρρυνση δραστηριοτήτων κατάλληλων για την ανάπτυξη του.
(21)

8.6 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ενημέρωση του αρρώστου και των γονιών

α) Σχετικά με την κληρονομικότητα της νόσου.

β) Σχετικά με τη θεραπεία της νόσου. Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Η υποστηρικτική αγωγή αποσκοπεί στην παράταση ζωής του αρρώστου και, αν είναι δυνατό, στη βελτίωση της ποιότητας της. Η αγωγή περιλαμβάνει ένα τακτικό πρόγραμμα μεταγγίσεων. Ενδέχεται να περιλαμβάνει και χορήγηση δεσφεριοξαμίνης, για μείωση του φορτίου του σιδήρου. Επειδή όμως χρειάζεται να γίνονται συχνά ενδομυϊκές ενέσεις, ο άρρωστος δύσκολα το ανέχεται.

- Εξήγηση για κάθε τι που αφορά τη θεραπεία. Ετοιμασία για τις συχνές μεταγγίσεις αίματος.
- Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών της μετάγγισης αίματος.
- Λήψη ζωτικών σημείων πριν, κατά και μετά τη μετάγγιση. Σύνδεση αρρώστου με καρδιακό μόνιτορ για παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας.
- Παρακολούθηση για σημεία υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας (δύσπνοια, βήχα, κυάνωση).
- Διακοπή μετάγγισης, τοποθέτηση του αρρώστου σε ανάρροπη θέση με τα πόδια κρεμασμένα και χορήγηση οξυγόνου, αν εμφανιστούν σημεία κυκλοφορικής υπερφόρτωσης.
- Έτοιμο ισότονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για να συνδεθεί στη συσκευή μετάγγισης σε περίπτωση που θα εμφανιστούν σημεία αντίδρασης από τη χορήγηση αίματος. Δεν χορηγούνται διαλύματα γλυκόζης, γιατί αυτά προκαλούν αιμόλυση και απόφραξη της συσκευής.
- Έτοιμα φάρμακα για αντιμετώπιση αντιδράσεων από τη χορήγηση αίματος (π.χ. επινεφρίνη).
- Αν εμφανιστούν σημεία αντίδρασης, άμεση διακοπή μετάγγισης, χορήγηση επινεφρίνης ή αντιισταμινικού, ανάλογα με την ιατρική οδηγία. Έλεγχος ζωτικών σημείων και θερμοκρασίας. Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και έλεγχος ούρων για ύπαρξη αιμοσφαιρίνης (η απόφραξη των ουροφόρων σωληναρίων, ως αποτέλεσμα της αιμόλυσης, είναι μια επικίνδυνη επιπλοκή της αιμολυτικής αντίδρασης). Χορήγηση μανιτόλης, αγγειοσυσπαστικών ή/και κορτικοστεροειδών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία (για αντιμετώπιση του shock και προστασία των νεφρών).

γ) Γενικά, για ανάπτυξη και λόγω προδιάθεσης στις λοιμώξεις, ανάγκη για εμβολιασμούς και δραστηριότητες.

2. Τροποποίηση δραστηριοτήτων ανάλογα με το βαθμό αναιμίας.

α) Όταν η τιμή αιμοσφαιρίνης είναι κάτω από 5g/Dl:

- Ο άρρωστος παραμένει στο κρεβάτι και ικανοποιούνται όλες του οι ανάγκες (λουτρό καθαριότητας κ.λ.π.)
- Παίρνονται ο σφυγμός και οι αναπνοές κάθε δύο ώρες, η θερμοκρασία και η αρτηριακή πίεση κάθε τέσσερις ώρες.

β) Όταν η τιμή της αιμοσφαιρίνης είναι 5-8g/Dl:

- Η δραστηριότητα του αρρώστου θα είναι μέτρια.
- Εξασφαλίζονται περίοδοι ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της ημέρας.

3. Ενθάρρυνση για δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου, με παρότρυνση δραστηριοτήτων κατάλληλων για ανάπτυξη.

α) Παρακολούθηση γονιών και παιδιού για εκδήλωση αισθημάτων ενοχής.

Παρακολούθηση παιδιού για εμφάνιση σημείων κατάθλιψης. Παροχή βοήθειας για ανάπτυξη ρεαλιστικών φιλοδοξιών.

4. Παραπομπή γονιών και αρρώστων στα κατάλληλα κέντρα για περισσότερες πληροφορίες και υποστήριξη. (21)

Αξιολόγηση

1. Η οικογένεια του αρρώστου κατανοεί την κληρονομικότητα της νόσου.
2. Συμβάματα από μετάγγιση διαπιστώνονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται.
3. Γονείς και παιδί συμμορφώνονται με το θεραπευτικό σχήμα και τη φροντίδα στο σπίτι.
4. Οι δραστηριότητες δεν ξεπερνούν την αντοχή του αρρώστου.
5. Η ανάπτυξη, η προσαρμογή και η αποδοχή του σωματικού ειδώλου είναι ικανοποιητικές. (21)

ΜΕΡΟΣ Έ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Το Παιχνίδι στο νοσοκομείο και Σκοπός

Το θεραπευτικό παιχνίδι στο χώρο του νοσοκομείου εφαρμόστηκε πρώτα στην Αγγλία και Σουηδία. Σήμερα εφαρμόζεται και με επιτυχία και στα δικά μας νοσοκομεία παιδών (Αγία Σοφία και Αγλαΐα Κυριακού).

Σκοπός της παιγνιοθεραπείας είναι η μείωση ή εξουδετέρωση της μελαγχολίας και κατάθλιψης του άρρωστου παιδιού που παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Με την παιγνιοθεραπεία διαφυλάσσεται η ψυχική υγεία του παιδιού, το παιδί δέχεται χωρίς άγχος την αρρώστια του, και έτσι πετυχαίνεται καλύτερη συνεργασία μεταξύ παιδιού και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης η νοσηλεύτρια κατά την διάρκεια του παιχνιδιού μπορεί να πλησιάσει πιο εύκολα το φοβισμένο και θλιμμένο παιδί, να παίξει μαζί του και με τη σχέση αυτή ν' αναπτυχθεί το αίσθημα της εμπιστοσύνης. (13)



1.2 Υλικό Παιχνιδιού για παιδιά από 1 ως 7 ετών

Για τα μικρά παιδιά υπάρχουν γερά παιχνίδια με διάφορα σχήματα και χρώματα με τα οποία εξασκούνται να χρησιμοποιούν τα χέρια τους και να συνδυάζουν χέρια και όραση. Ασκούν την ικανότητα τους για παρατήρηση, συγκέντρωση και αντίληψη. Συνήθως δεν παρατηρούμε πως τα υγιή παιδιά ξεπερνούν τις δυσκολίες, τη μία μετά την άλλη. Όταν όμως βλέπουμε τα ανάπηρα παιδιά να εργάζονται με το ίδιο υλικό, σημειώνουμε σε πόσο αργό ρυθμό ξεπερνούν τα εμπόδια. Τότε κατανοούμε καλύτερα την αναγκαιότητα να ακολουθήσουμε την πορεία της φυσιολογικής ανάπτυξης.

Για τα πιο μεγάλα παιδιά υπάρχει η επιλογή των παζλ από τα πιο εύκολα ως τα πιο δύσκολα. Επίσης και τα παιχνίδια κατασκευών έχουν μεγάλη ζήτηση ιδίως από τα κλινήρη παιδιά. Ο πάγκος του μαραγκού όμως δεν χρησιμοποιείται συχνά. Η χρήση του είναι κουραστική γιατί τα περισσότερα παιδιά δεν έχουν ακόμα αρκετές δυνάμεις έστω και αν έχουν το δικαίωμα να σηκώνονται.

Κάτι που αρέσει πολύ σε όλους είναι μια ξύλινη κατασκευή, σαν μεγάλο κλουβί, όπου μπορούν να σκαφαλώνουν. Είναι πολύ κατάλληλη για τα διαβητικά παιδιά που έχουν ανάγκη άσκησης, και για εκείνα που πρέπει να ασκήσουν την αίσθηση του χώρου, μια που τους προσφέρει τη δυνατότητα να σέρνονται και να σκαφαλώνουν προς όλες τις κατευθύνσεις.

Τα παιδιά που δεν βλέπουν καλά λατρεύουν να δρασκελούν, να τρυπώνουν και να εξασκούνται στο ν' αποφεύγουν τα εμπόδια.

Για τα παιδιά που βρίσκονται σε αναπηρική πολυθρόνα, υπάρχει κουκλοθέατρο στο ύψος τους, για να μπορούν να παίζουν άνετα.

Η μεταμφίεση με παλιά ρούχα πάντα αρέσει πολύ, ιδίως στα παιδιά που παρουσιάζουν σωματικές δυσμορφίες: για παράδειγμα, ένα αγοράκι χωρίς αφτιά αγαπούσε να περιφέρεται μ' ένα πελώριο καουμπόικο καπέλο, και δύο κοριτσάκια με παραμορφωμένα πρόσωπα μεταμφιεζόταν με νυφικά πέπλα. (12)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπανικολάου, (1994), 'Μαιευτική', 3^η έκδοση
Επιστημονικές εκδόσεις 'Γ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ'
Αθήνα
2. Ε. Κ. Αθανάτου, (1996), 'Κλινική Νοσηλευτική'
Στ' έκδοση, εκδόσεις 'Γραφικές Τέχνες'
Αθήνα
3. Μαρία Πάνου, (1998), 'Παιδιατρική Νοσηλευτική'
'β ανατύπωση, εκδόσεις 'ΒΗΤΑ'
Αθήνα
4. Κυρίτση Ελένη, (1995), 'Παιδιατρική Νοσηλευτική',
Σημειώσεις για ΤΕΙ
Αθήνα
5. Μ.Α. Μαλγαρινού – Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, (1995),
'Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική', 18^η έκδοση
Αθήνα
6. Αφροδίτη Ραγιά, (1995), 'Πανεπιστημιακή νοσηλευτική'
Αθήνα
7. Ειρήνη Γουλιά, (1986), 'Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη
φροντίδα του διαβητικού' στο περιοδικό 'Νοσηλευτική'
Εκδόσεις 'Υγείας Θεράπαινα' ΕΣΔΝΕ
8. Μ.Α. Μαλγαρινού – Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, (1995),
'Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική', 19^η έκδοση,
Αθήνα
9. Α. Σαλάτα, (1997), 'Παιδιατρική Νοσηλευτική'
Σημειώσεις για ΤΕΙ
Πάτρα
10. Τάσος Γερμένης, (1994),
'Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για επαγγέλματα υγείας'
3^η έκδοση – Εκδόσεις Βήτα
Αθήνα
11. Γεώργιος Ν. Καραχάλιος, (1999), 'Παιδιατρική Νοσηλευτική'
Εκδόσεις 'ΕΛΛΗΝ'
12. Θεοδώρα Τζόλα, 'Η παιγνιοθεραπεία στο νοσοκομείο'
Εκδόσεις ΡΕΥ ΜΟΝΔΟΣ
13. Ν. Τσίκου – Σ. Καραγεωργόπουλος-Γραβάνη, (1996),
'Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής II'
Εκδόσεις 'ΕΛΛΗΝ'

14. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, (2001),
‘Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική νοσηλευτική’
3^η έκδοση
Αθήνα
15. Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου, (1996),
‘Ψυχιατρική Νοσηλευτική’, Εκδόσεις ‘ΤΑΒΙΘΑ’,
Αθήνα
16. Λέφφα Βαρβάρα, (1999), ‘Μαιευτική Νοσηλευτική’ -
Σημειώσεις για ΤΕΙ
Πάτρα
17. Kathleen Morgan Spreer, ‘Παιδιατρική Νοσηλευτική’
3^η έκδοση - ‘Ιατρικές’ Εκδόσεις
18. Π. Γεωργακόπουλος, (2002),
‘Α Βοήθειες - Επείγουσα ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα’
Σημειώσεις για ΤΕΙ
Πάτρα
19. Σωτήρης Μανωλόπουλος, ‘Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής
- θεραπευτικές προσεγγίσεις’
3^η έκδοση - Εκδόσεις ‘Καστανιώτη’
20. Σ.Χ. Αντωνιάδης, (2002), ‘Παιδιατρική’,
2^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
Αθήνα
21. Άννα Σαχίνη-Καρδάση & Μαρία Πάνου,
‘Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική’
2^η έκδοση – Εκδόσεις ‘ΒΗΤΑ’

