

**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ,
ΕΡΜΑΦΡΟΔΙΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΚΛΩΣΤΕΡΙΑΔΗ ΕΙΡΗΝΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2015

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εισαγωγή των παιδιών στο νοσοκομείο αποτελεί μια κατάσταση η οποία προκαλεί αναστάτωση σε όλη την οικογένεια. Το παιδί που πρόκειται να υποβληθεί σε μία χειρουργική επέμβαση, χρειάζεται ιδιαίτερη μεταχείριση, ώστε να καλυφθούν όλες οι βιολογικές και ψυχολογικές του ανάγκες.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να προσεγγίσουμε την παιδοχειρουργική νοσηλευτική, ώστε να κατανοήσουμε τις διαδικασίες που διαφοροποιούν το νοσοκομείο παιδών και να αναλύσουμε παιδιατρικά θέματα που χρίζουν χειρουργικής αποκατάστασης. Επίσης επισημαίνεται η ιδιαιτερότητα στην προσέγγιση του νοσηλευόμενου παιδιού και των γονέων του μέσα στο νοσοκομείο, την εξατομικευμένη φροντίδα που χρειάζεται κάθε παιδί, και την ανάγκη για ασφάλεια που χρειάζονται, μέσα στο ξένο περιβάλλον του νοσοκομείου.

Επισημαίνουμε επίσης πως η παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού μέσα στο νοσοκομείο παιδών, παρουσιάζει κάποια ιδιαιτερότητα στην καθιερωμένες τεχνικές που χρησιμοποιεί το προσωπικό, ώστε αντιμετωπίσει τις ειδικές ανάγκες των παιδιών.

Παρακάτω μελετάμε την ανατομία του ουροποιητικού και του γεννητικού συστήματος των αγοριών και των κοριτσιών, τις διαταραχές του ουροποιογεννητικού συστήματος, τον ορισμό, τα είδη και την μέθοδο αντιμετώπισης του ερμαφροδιτισμού, την ψυχολογική προετοιμασία των παιδιών και των γονέων στα διάφορα στάδια της νοσηλείας μέσα και έξω από το νοσοκομείο και η νοσηλευτική παρέμβαση στα νοσηλευτικά θέματα της νοσηλείας ενός παιδιού.

Περιεχόμενα

Πρόλογος

Περιεχόμενα

Κατάλογος Εικόνων.....	5
Κατάλογος πινάκων.....	5
Εισαγωγή.....	6
Κεφάλαιο 1 ^ο	7
Ανατομία & Φυσιολογία.....	7
1.1. Ουροποιητικό Σύστημα.....	7
1.1.1 Νεφροί.....	7
1.1.2 Στοιβάδες του νεφρού.....	8
1.1.3 Υφή του νεφρού.....	8
1.1.4 Αποχετευτική οδός του νεφρού.....	8
1.1.5 Ουρητήρας.....	9
1.1.6 Φυσιολογικά στενώματα ουρητήρα.....	9
1.1.7 Ουροδόχος κύστη.....	9
1.1.8 Ουρήθρα.....	9
1.2 Γεννητικό σύστημα.....	10
1.2.1 Γεννητικά όργανα της γυναίκας.....	10
1.2.2 Ωθήκες.....	10
1.2.3 Ωαγωγοί.....	11
1.2.4 Μήτρα.....	11
1.2.5 Τράχηλος της μήτρας.....	11
1.2.6 Κολεός.....	12
1.2.7 Έξω γεννητικά όργανα.....	12
1.3 Γεννητικά όργανα άνδρα.....	13
1.3.1 Όρχεις.....	13
1.3.2 Περίβλημα των όρχεων.....	13
1.3.3 Σπερματοδόχος κύστη.....	14
1.3.4 Προστάτης.....	14
1.3.5 Σπέρμα.....	14
1.3.6 Πέος.....	14
Κεφάλαιο 2 ^ο	15
Διαταραχές Ουροποιογεννητικού Συστήματος.....	15

2.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΓΟΡΙΩΝ.....	15
2.1.1. Υποσπαδίας.....	15
2.1.1.1 Θεραπεία του υποσπαδία.....	16
2.1.1.2 Επιπλοκές.....	16
2.1.2. Επισπαδίας.....	17
2.1.2.1 Αντιμετώπιση.....	17
2.1.3. Φίμωση.....	17
2.1.3.1 Θεραπεία.....	18
2.1.3.2 Περιτομή.....	18
2.1.4. Παραφίμωση.....	19
2.1.5. Βαλανίτιδα.....	19
2.1.6. Υδροκήλη.....	19
2.1.7. Κιρσοκήλη.....	20
2.2 Διαταραχές Ουροποιογεννητικού Συστήματος Στα Κορίτσια.....	20
2.2.1 Συμφύσεις μικρών χειλέων.....	20
2.2.1.1 Θεραπεία.....	20
2.2.2 Ατρησία του παρθενικού υμένα.....	21
Κεφάλαιο 3 ^ο	22
Ερμαφροδιτισμός.....	22
3.1 Ιστορική αναδρομή.....	22
3.2 Ορισμός.....	23
3.3 Αληθής ερμαφροδιτισμός.....	23
3.4 Ψευδερμαφροδιτισμός.....	24
3.5 Σύγχρονη άποψη.....	24
3.6 Υποσπαδίας.....	24
3.7 Συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων.....	25
3.8 Διάγνωση.....	25
Κεφάλαιο 4ο.....	27
Μέθοδοι Αντιμετώπισης.....	27
4.1 Φύλο ανατροφής.....	27
4.2 Συμβουλή προς τους γονείς.....	27
Κεφάλαιο 5 ^ο	30
Ψυχολογική προετοιμασία.....	30
5.1 Εισαγωγή στο νοσοκομείο παιδών.....	30

5.2 Η προσέγγιση του παιδιού.	30
5.3 Προετοιμασία για την εισαγωγή.	32
5.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την χειρουργική επέμβαση.	33
5.5 Αντιμετώπιση γονέων.	34
5.6 Η συνεργασία γονέων- νοσηλεύτη.	36
5.7 Έξοδος από το νοσοκομείο.	36
5.8 Περιποίηση του τραύματος κατ' οίκον.	37
Κεφάλαιο 6°	38
Νοσηλευτική παρέμβαση.....	38
6.1 Εισαγωγή	38
6.2 Προεγχειρητική φροντίδα αρρώστου.....	38
6.3 Μετεγχειρητική φροντίδα αρρώστου.....	39
6.3.1 Ανάνηψη.	40
6.3.2 Προετοιμασία θαλάμου.....	40
6.3.3Επιστροφή αρρώστου στον θάλαμο.....	40
6.3.4 Σίτιση του αρρώστου.	41
6.3.5 Έγερση του αρρώστου.	41
6.3.6 Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	42
6.3.6.1 Συμπτώματα και νοσηλευτική παρέμβαση.	43
6.3.7 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και νοσηλευτική παρέμβαση.	45
6.4 Περιποίηση χειρουργικού Τραύματος.	49
6.5 Νοσηλευτική διεργασία	51

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1.1 Ουροποιητικό σύστημα.	Σελ.7
Εικόνα 1.2 Νεφρός.	Σελ.7
Εικόνα 1.3 Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας.....	Σελ.10
Εικόνα 1.4 Ωαγωγοί και μήτρα.....	Σελ.11
Εικόνα 1.5 Ανατομία της γυναίκας.....	Σελ.12
Εικόνα 1.6 Γυναικεία έξω γεννητικά όργανα.....	Σελ.12
Εικόνα 1.7 Ανατομία του άνδρα.....	Σελ.13
Εικόνα 1.8 Όρχις.....	Σελ.13
Εικόνα 1.9 Ανατομία ανδρικού γεννητικού συστήματος (πρόσθια όψη).....	Σελ.14
Εικόνα 2.1 Τύποι υποσπαδία. Δείχνει από πού εκρέουν τα ούρα.....	Σελ.15
Εικόνα 2.2 Φίμωση.....	Σελ.17
Εικόνα 2.3 Περιτομή.....	Σελ.19
Εικόνα 2.4 Παραφίμωση.....	Σελ.19
Εικόνα 2.5 Υδροκήλη.....	Σελ.19
Εικόνα 2.6 Αρχικό στάδιο συμφύσεων.....	Σελ.20
Εικόνα 2.7 Σχηματική αναπαράσταση διαφόρων μορφών παρθενικού υμένα.....	Σελ.21
Εικόνα 2.8 Βλεννοκήλη σε περίπτωση ατρησία του παρθενικού υμένα.....	Σελ.21
Εικόνα 3.1 Αμφίβολο φύλο. Χειρουργική αποκατάσταση.....	Σελ.24

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1: Σχέδιο νοσηλευτική φροντίδας: Σε ασθενή που υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση.....	Σελ.51-52
--	-----------

Εισαγωγή

Η νοσηλευτική αποτελεί την επιστήμη που ασχολείται με την φροντίδα του ανθρώπου, από την στιγμή που γεννιέται μέχρι και τον θάνατό του. Η νοσηλευτική φροντίδα έχει στόχο την ικανοποίηση των σωματικών, ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ανθρώπου. Η παιδιατρική αποτελεί κλάδο της νοσηλευτικής που ασχολείται με την φροντίδα των παιδιών, σε όλα τα στάδια της ανάπτυξής του, από την γέννηση έως και την εφηβεία. Τα παιδιά δεν αποτελούν μόνο την μικρογραφία ενός ενήλικα, υπάρχουν πολλές διαφορές μεταξύ τους, διότι δεν έχουν τελειοποιήσει την ανατομική και φυσιολογική τους εξέλιξη όπως οι ενήλικες. Για την εφαρμογή των νοσηλευτικών διαδικασιών στα παιδιά, ο νοσηλευτής πρέπει να διαφοροποιήσει τις καθιερωμένες τεχνικές που χρησιμοποιεί, ώστε το παιδί να αποκτήσει μια καλή εμπειρία από την νοσηλεία του, να συνεργαστεί με το νοσηλευτικό προσωπικό και να μην τραυματιστεί ψυχολογικά. Ακόμη μια ιδιαιτερότητα στην νοσηλεία των παιδιών, είναι η συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον του άρρωστου παιδιού. Η προσέγγιση των γονέων αποτελεί άλλο ένα «εμπόδιο» στην εκτέλεση της νοσηλευτικής φροντίδας, για τον φοβισμένο και αγχωμένο γονέα που εισέρχεται στο νοσοκομείο. Η χειρουργική επέμβαση στα παιδιά αποτελεί άλλον έναν επιβαρυντικό παράγοντα, στην ψυχολογία του παιδιού και της οικογένειάς του.

Η εξέλιξη της ιατρικής και της τεχνολογίας έχουν βελτιώσει, στο πέρασμα των χρόνων, την ποιότητα και την διάρκεια της νοσηλείας. Η ημερήσια νοσηλεία είναι μια διαδικασία που βοηθάει στην βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης, διότι ο ασθενής δεν χρειάζεται να παραμείνει στο νοσοκομείο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η εισαγωγή γίνεται την προηγούμενη μέρα, από την ημερομηνία του προγραμματισμένου χειρουργείου, ώστε να υποβληθεί στις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις και παραμένει για επίβλεψη της κατάστασης του για εικοσιτέσσερις ώρες μετά το χειρουργείο.

Η διαχείριση των παιδιών και των γονέων, απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό με ισχυρή προσωπικότητα, συναισθηματική σταθερότητα, άριστη επαγγελματική δεξιότητα, αποφασιστικότητα, καλή επικοινωνία και ικανότητα αναγνώρισης των αναγκών του παιδιού και των γονέων, ώστε να μπορέσει να ελαχιστοποιήσει τους φόβους τους και να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης. Τέλος η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης από τους γονείς προς το νοσηλευτικό προσωπικό διευκολύνει την διεξαγωγή όλων των νοσηλευτικών διαδικασιών και παρεμβάσεων.

Κεφάλαιο 1^ο

Ανατομία & Φυσιολογία

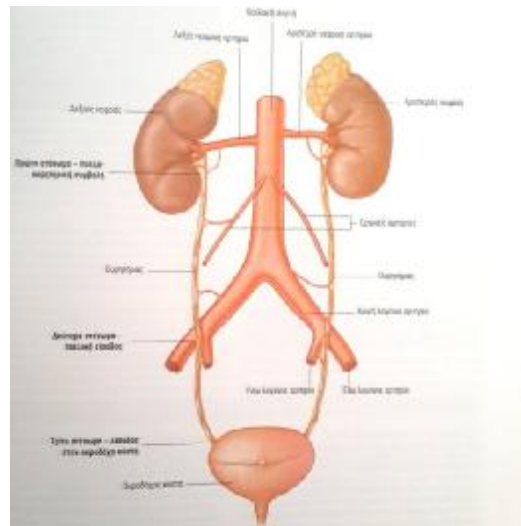
1.1. Ουροποιητικό Σύστημα

Το ουροποιητικό αποτελεί ένα σημαντικό σύστημα διότι με την εκκριτική και αποχετευτική του μοίρα, φιλτράρει το αίμα και συλλέγει τις τοξίνες οι οποίες αποτελούν προϊόντα του μεταβολισμού, βοηθάει στην ρύθμιση την οξεοβασικής ισορροπίας και ρυθμίζει τα επίπεδα υγρών και ηλεκτρολυτών του οργανισμού. Επιπλέον οι νεφροί φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιμοποίηση και την αρτηριακή πίεση διότι εμφανίζουν ενδοκρινική λειτουργία.

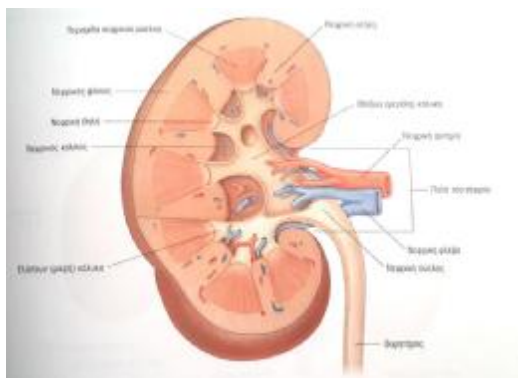
Το ουροποιητικό σύστημα διακρίνεται σε δύο τμήματα στο ανώτερο και στο κατώτερο ουροποιητικό, όπου στο ανώτερο ουροποιητικό

συμπεριλαμβάνονται οι δύο νεφροί και οι δύο ουρητήρες, ενώ το κατώτερο ουροποιητικό

αποτελείται από την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα. Η εκκριτική μοίρα του ουροποιητικού περιλαμβάνει τους δύο νεφρούς (αριστερό- δεξιό), ενώ η αποχετευτική μοίρα αποτελείται από τους νεφρικούς κάλυκες, την νεφρική πύελο, τους ουρητήρες, την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα.



Εικόνα 1. 1 Ουροποιητικό σύστημα. Από Gray's Ανατομία 1&2.



Εικόνα 1. 2 Νεφρός. Από Gray's Ανατομία Τόμος 1&2

1.1.1 Νεφροί

Εντοπίζονται στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης, στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και σε πολλές περιπτώσεις ο δεξιός νεφρός βρίσκεται κατά μισό σπόνδυλο χαμηλότερα από τον αριστερό. Έχουν σχήμα φασολιού, μήκος 12cm, πλάτος 6cm, πάχος 4cm και ζυγίζουν 100 γραμμάρια. Στον άνω πόλο κάθε νεφρού

βρίσκεται το επινεφρίδιο.

Κάθε νεφρός αποτελείται από την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια, τα έσω και έξω χείλη και τους άνω και κάτω πόλους. Η πύλη του βρίσκεται στο έσω χείλος, το οποίο είναι κοίλο. Επίσης από την πύλη εισέρχονται τα νεύρα και οι κλάδοι της νεφρικής αρτηρίας και εξέρχονται η νεφρική πύελος και οι κλάδοι της νεφρικής φλέβας.

1.1.2 Στοιβάδες του νεφρού

Ο νεφρός από έξω προς τα μέσα αποτελείται από το περιτόναιο, την νεφρική περιτονία, το περινεφρικό λίπος και την ινώδη κάψα. Η νεφρική περιτονία αποτελεί πάχυνση του ιστού που βρίσκεται κάτω από το περιτόναιο και απαρτίζεται από το πρόσθιο και το οπίσθιο πέταλο, μεταξύ των οποίων περιβάλλεται ο νεφρός. Η λιπώδης κάψα εντοπίζεται μεταξύ του ινώδους χιτώνα και της νεφρικής περιτονίας. Τέλος η ινώδης κάψα καλύπτει πλήρως το νεφρό και συνδέεται μαζί του με χαλαρό συνθετικό ιστό. Η σύνθεση της ινώδους κάψας αποτελείται από στερεό συνθετικό ιστό.

1.1.3 Υφή του νεφρού

Η διατομή του νεφρού αποκαλύπτει την δομή του, η οποία αποτελείται από δύο ουσίες την φλοιώδη και την μυελώδη ουσία. Η φλοιώδης, αποτελεί την εξωτερική ουσία, εμφανίζεται με σκούρο καφέ-κόκκινο χρώμα, ενώ η μυελώδης είναι η εσωτερική ουσία, εμφανίζεται με ανοιχτό χρώμα και αποτελείται από 8-12 σχηματισμούς, ο οποίοι παρομοιάζουν με πυραμίδες και ονομάζονται νεφρικές πυραμίδες. Το παρέγχυμα του νεφρού αποτελείται από ένα σύστημα σωληναρίων, τους νεφρώνες και τα αθροιστικά σωληνάρια. Ένας ενήλικος νεφρός αποτελείται από δύο εκατομμύρια νεφρώνες. Το έλυτρο του Bowman σχηματίζεται από την άκρη του ουροφόρου σωληναρίου, το οποίο εμπύσσεται προς τα μέσα. Το αγγειώδες σπείραμα, που σχηματίζεται μέσα στο έλυτρο του Bowman, αποτελεί το φίλτρο μέσα από το οποίο δημιουργείται η κοιλότητά του ελύτρου του Bowman και ονομάζεται πρόουρο, το αγγειώδες σπείραμα μαζί με το έλυτρο του Bowman συνθέτουν το νεφρικό σωματίο του Malpighi. Στην νεφρική θηλή καταλήγουν τα αθροιστικά σωληνάρια.

1.1.4 Αποχετευτική οδός του νεφρού.

Οι νεφρικές θηλές των νεφρικών πυραμίδων περιβάλλονται από μικρούς κάλυκες οι οποίοι ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν δύο ή τρεις μεγάλους κάλυκες. Οι μεγάλοι αυτοί κάλυκες ενώνονται μεταξύ τους σχηματίζοντας την νεφρική πύελο, από την οποία ξεκινάει ο ουρητήρας.

1.1.5 Ουρητήρας

Ο ουρητήρας καταλήγει την ουροδόχο κύστη προερχόμενος από την νεφρική πύελο η οποία βρίσκεται στο ύψος του δευτέρου οσφυϊκού σπονδύλου. Είναι ινωμυώδης σωλήνας διαμέτρου 4-7mm και μήκους 30cm περίπου στον άνδρα, ενώ στη γυναίκα είναι 1 cm βραχύτερος. Αποτελείται από τρεις χιτώνες τον ινώδη, τον μυϊκό και τον βλεννογόνο.

1.1.6 Φυσιολογικά στενώματα ουρητήρα

Οι στενώσεις του ουρητήρα ξεκινούν από το σημείο που η νεφρική πύελος μεταβαίνει στον ουρητήρα (άνω ισθμός). Ένα άλλο σημείο στο οποίο υπάρχει στένωση είναι το στόμιο της ελάσσοнос πύελου το οποίο χιάζεται με τα λαγόνια αγγεία (κάτω ισθμός) και τέλος κατά την είσοδο του ουρητήρα στην ουροδόχο κύστη.

1.1.7 Ουροδόχος κύστη

Συνδέεται με τους νεφρούς μέσω των ουρητήρων και καταλήγει στην ουρήθρα. Είναι μυώδες όργανο και έχει κοίλο σχήμα. Εντοπίζεται στην ελάσσονα πύελο στις γυναίκες, μπροστά από την μήτρα και τον κολεό. Αποτελείται από τον πυθμένα, το σώμα και την κορυφή. Η ουροδόχος κύστη προβάλλει πάνω από την ηβική σύμφυση. Το τοίχωμά της από έξω προς τα μέσα περιλαμβάνει τον μυϊκό χιτώνα, τον υποβλεννογόνο συνθετικό ιστό και τον βλεννογόνο.

1.1.8 Ουρήθρα

Στους άνδρες έχει μήκος 20-25cm και κατά μήκος έχει διαδοχικά στενώματα και διευρύνσεις, αποτελεί μεικτό ουροποιογεννητικό σωλήνα και σε ηρεμία παρομοιάζει με τελικό σίγμα (S). Έχει τρεις μοίρες την προστατική, την υμενώδη και την σηραγγώδη, πιο αναλυτικά η προστατική μοίρα έχει μήκος 3 - 3,5 cm και διάμετρο 1 cm, η υμενώδης μοίρα αποτελεί το πιο μικρό σε μήκος και διάμετρο διάστημα της ουρήθρας και περιβάλλεται από τον έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας, και η σηραγγώδης μοίρα αποτελεί το τμήμα της ουρήθρας που περνά από το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας. Στο αρχικό τμήμα, της σηραγγώδους μοίρας είναι λίγο διογκωμένο και εκεί εκβάλλουν μικροί αδένες μεγέθους μπιζελιού (βολβουρηθραίοι αδένες), τέλος ο σκαφοειδής βόθρος οδηγεί στο τελικό στένωμα του έξω στομίου της ουρήθρας.

Στις γυναίκες είναι αμιγής ουροποιητικός σωλήνας. έχει μήκος 3-4 cm και ανατομικά ξεκινάει από τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης και καταλήγει στον πρόδρομο του κόλπου,

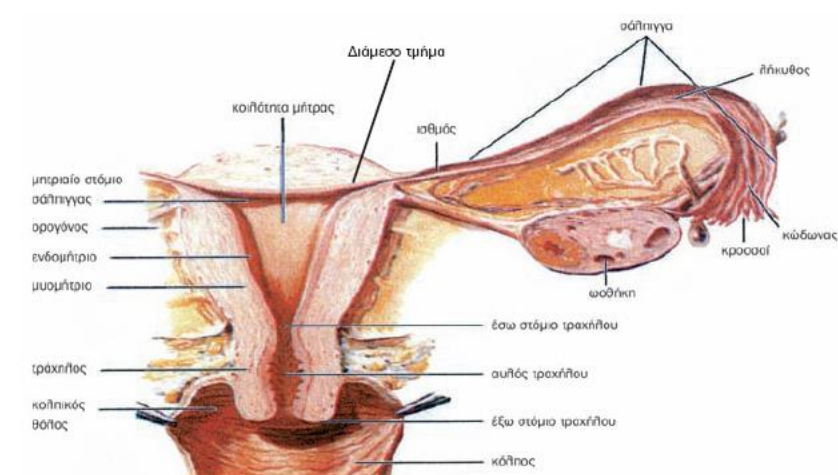
διαμέσου του ουροποιογεννητικού τριγώνου. Παρουσιάζει δύο μοίρες την ενδοπυελική και την εξωπυελική και έχει δύο στόμια το έσω και το έξω.

1.2 Γεννητικό σύστημα

1.2.1 Γεννητικά όργανα της γυναίκας

Διακρίνονται στα έσω και έξω γεννητικά όργανα. Το όριο μεταξύ τους (έσω – έξω γεννητικών οργάνων) είναι ο παρθενικός υμένας. Η μήτρα, οι δύο ωοθήκες, οι δύο ωαγωγοί και ο κολεός αποτελούν τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας. Σε αντίθεση τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, η κλειτορίδα, οι βολβοί και οι αδένες του προδρόμου, ο πρόδρομος του κολεού και το εφηβαίο αποτελούν τα έξω γεννητικά όργανα μιας γυναίκας και όλα μαζί απαρτίζουν το αιδοίο.

1.2.2 Ωοθήκες



Εικόνα 1. 3 Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας . Από Gray's Ανατομία Τόμος 1&2

Η ωοθήκη έχει σχήμα αμύγδαλου, φέρει δύο επιφάνειες (έσω- έξω), δύο χείλη (πρόσθιο-οπίσθιο) και δύο άκρα (άνω – κάτω). Εντοπίζεται στα πλάγια της περιτοναϊκής κοιλότητας, στο ύψος της πρόσθιας λαγόνιας άκανθας, στον ωοθηκικό βόθρο.

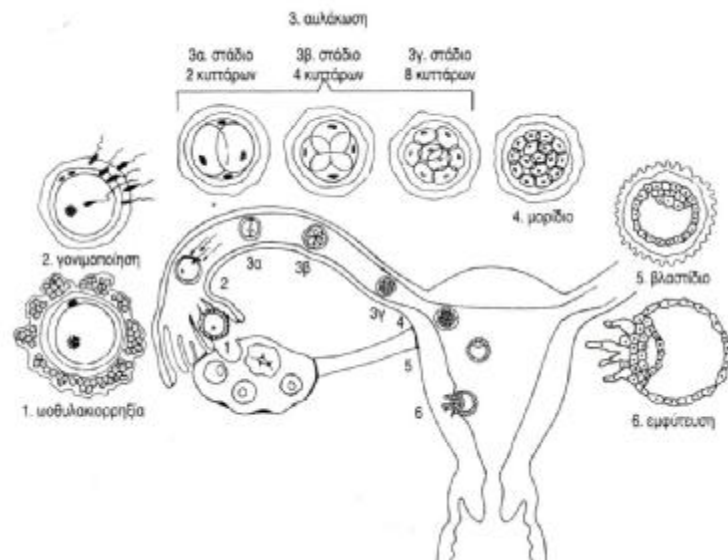
Υποστηρίζεται από τον κρεμαστήρα σύνδεσμο που περιλαμβάνει τα αγγεία της ωοθήκης και τον μητροωοθηκικό σύνδεσμο. Υπάρχουν διαφορές στην σύσταση της ωοθήκης ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Η παιδική ωοθήκη φέρει λεία επιφάνεια, η ενεργή ωοθήκη έχει ανώμαλη επιφάνεια λόγω της προβολής των ωοθυλακίων, ενώ η γεροντική ωοθήκη είναι μικρή και γεμάτη ουλές. Εξωτερικά καλύπτεται από το βλαστικό επιθήλιο. Η φλοιώδης ουσία περιλαμβάνει τον αδενικό ιστό ο οποίος φέρει τα ωοθυλάκια τα οποία με τη σειρά τους παράγουν τα ωάρια. Δεν υπάρχουν σαφή όρια μεταξύ φλοιώδους (περιφερικά) και μυελώδους (κεντρικά) ουσίας.

Συνήθως οι ωοθήκες περιέχουν 300.000 ωάρια. Τα ωάρια διακρίνονται σε ώριμα και άωρα. Τα ώριμα διαφέρουν δομικά από τα άωρα διότι φέρουν από έξω προς τα μέσα τη θήκη, τον

βασικό υμένα, το επιθήλιο, το ωάριο και την κοιλότητα του που περιέχει το ωοθηκικό υγρό. Το ωάριο αποτελεί το μεγαλύτερο κύτταρο του ανθρώπινου οργανισμού, διότι είναι ορατό με γυμνό μάτι. Η ωορρηξία διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα. Κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας υπάρχει ρήξη του ωοθυλακίου η οποία ονομάζεται ωοθυλακιορρηξία. Το ελεύθερο ωάριο περιβαλλόμενο από τον ακτινωτό στέφανο προσκολλάται στους κροσσούς του ωαγωγού και εισέρχεται στην ωαγωγό. Διαμέσου του ωαγωγού το ωάριο εισέρχεται την μήτρα.

1.2.3 Ωαγωγοί

Οι ωαγωγοί ονομάζονται και σάλπιγγες. Οι σάλπιγγες είναι δύο (δεξιά – αριστερή) και εντοπίζονται ενδοπεριτοναϊκά. Κάθε μία ξεκινάει από την αντίστοιχη ωοθήκη και καταλήγουν στην μήτρα. Έχουν μήκος 8-20 cm και έχει μυώδη σύσταση.



Εικόνα 1. 4 Ωαγωγοί και μήτρα

1.2.4 Μήτρα

Η μήτρα εντοπίζεται στην μικρή πύελο μεταξύ ορθού, όπου δημιουργείται ο δουγλάσειος χώρος και ουροδόχου κύστεως, όπου δημιουργείται το κυστεομητρικό κόλπωμα. Έχει σχήμα αχλαδιού και μήκος 6-7 cm. Χωρίζεται σε τρία μέρη, το σώμα, τη βάση και τον τράχηλο. Αποτελείται από δύο επιφάνειες την πρόσθια και την οπίσθια. Στις πολύτοκες γυναίκες το σώμα της μήτρας εντοπίζεται πιο ψηλά απ' ότι στις άτοκες γυναίκες. Στις άτοκες το σώμα της μήτρας εντοπίζεται στο άνω μέρος της ηβικής συμφύσεως. Η στοιβάδες της μήτρας από μέσα προς τα έξω είναι το ενδομήτριο (βλεννογόνο), το μυομήτριο (μυϊκό χιτώνα), και το περιμήτριο (ορογόνο).

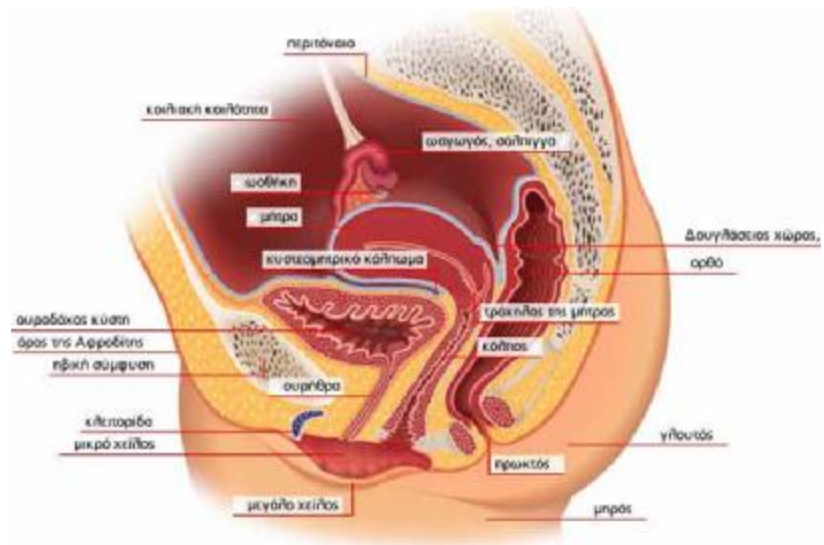
1.2.5 Τράχηλος της μήτρας

Εμφανίζει δύο μοίρες την υπερκολεϊκή και την ενδοκολεϊκή μοίρα. Η υπερκολεϊκή εντοπίζεται πάνω από τον κολεό ενώ η ενδοκολεϊκή εντοπίζεται μέσα και στο άνω τμήμα του κολεού. Στην ενδοκολεϊκή μοίρα βρίσκεται το έξω στόμιο της μήτρας, το οποίο αποτελείται

από δύο χείλη το πρόσθιο και το οπίσθιο. Στις άτοκες γυναίκες τα χείλη είναι λεία και ροδόχροα ενώ στην πολύτοκες εμφανίζονται ανώμαλα, ωχρά και έχουν ρωγμές.

1.2.6 Κολεός

Αποτελεί ινομυώδη σωλήνα μήκους 8-10cm και βρίσκεται μεταξύ της μήτρας και του αιδίου. Ο θόλος του κολεού όπου ενώνεται με τον τράχηλο της μήτρας διακρίνεται στον οπίσθιο, ο οποίος εντοπίζεται μπροστά από το ορθό και ανάμεσα

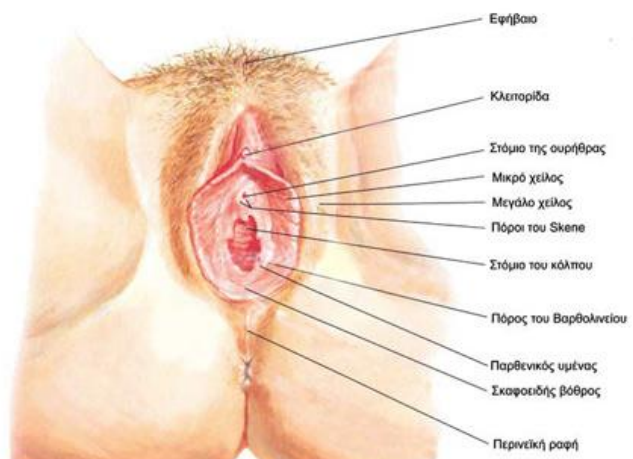


τους δημιουργείται ο δουγλάσιος χώρος και τον πρόσθιο θόλο, ο οποίος εντοπίζεται πίσω από την βάση την ουροδόχου κύστεως. Το κάτω μέρος του κολεού αποτελεί το σημείο που οριοθετεί τα έσω και τα έξω γεννητικά όργανα με τον παρθενικό υμένα. Ο κολεός ονομάζεται διαφορετικά και κόλπος.

Εικόνα 1. 5 Ανατομία της γυναίκας

1.2.7 Έξω γεννητικά όργανα

Περιλαμβάνουν τα μικρά και τα μεγάλα χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κολεού και τους βολβούς του προδρόμου, τους βαρθολινεικούς αδένες και το εφηβαίο.

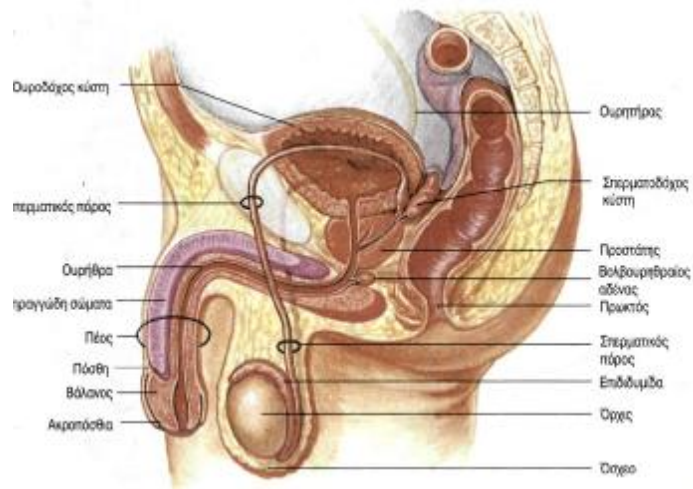


Εικόνα 1. 6 Γυναικεία έξω γεννητικά όργανα

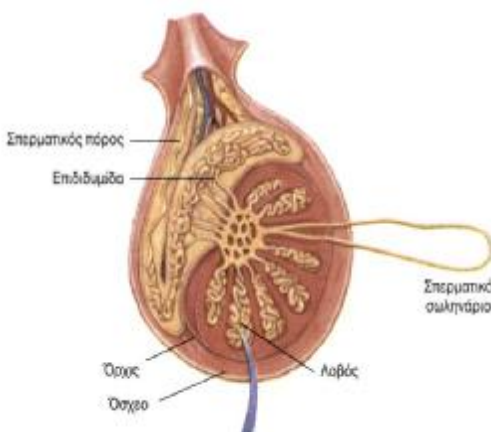
1.3 Γεννητικά όργανα άνδρα.

1.3.1 Όρχεις

Οι όρχεις είναι δύο και αποτελούν μέρος των έξω γεννητικών οργάνων του άνδρα. Έχουν σχήμα ελλειψοειδές και μήκος 4-5 cm και συγκρατούνται από τον σπερματικό τόνο. Ο αριστερός όρχις εντοπίζεται χαμηλότερα απ' ότι ο δεξιός. Αποτελούνται από δύο επιφάνειες (έσω - έξω), δύο χείλη (πρόσθιο - οπίσθιο) και δύο πόλους (άνω - κάτω). Στο πρόσθιο χείλος δημιουργείται το μεσαύλιο από το οποίο περνούν τα αγγεία, τα νεύρα και τα εκφορητικά σωληνάρια του όρχεως. Στον άνω πόλο κάθε όρχεως τοποθετείται η επιδιδυμίδα η οποία αποτελείται από την κεφαλή, το σώμα και την ουρά και έχει μήκος 5-6 cm. Ο σπερματικός πόρος αποτελεί την συνέχεια της επιδιδυμίδας. Η κεφαλή του σπερματικού πόρου αποτελείται από 10- 20 εκφορητικά σωληνάρια. Η συνέχεια του σπερματικού πόρου αποτελείται από την σπερματική λήκυθο η οποία δημιουργείται στον οπίσθιο χώρο της ουροδόχου κύστεως και συνδέεται με την σπερματοδόχο κύστη. Ακολούθως εκβάλλει στην προστατική μοίρα της ουρήθρας σαν σπερματικός πόρος.



Εικόνα 1. 7 Ανατομία του άνδρα



Εικόνα 1. 8 Όρχις

1.3.2 Περίβλημα των όρχεων

Η χιτώνες οι οποίοι περιβάλλουν τους όρχις είναι το όσχεο, ο δαρτός, η κρεμαστήρια περιτονία, ο έξω κρεμαστήρας μυς, ο κοινός ελυτροειδής χιτώνας και ο ίδιος ελυτροειδής χιτώνας. Στον ίδιον ελυτροειδή χιτώνα υπάρχουν δύο πέταλα το περίσπλαχνο ή επιόρχιο και το περίτονο ή περιόρχιο, μεταξύ των οποίων μπορεί να δημιουργηθεί υδροκήλη σε παθολογικές καταστάσεις.

1.3.3 Σπερματοδόχος κύστη

Έχει μήκος 5-10cm και είναι αδένας που εκκρίνει αλκαλικό και προστατικό υγρό το οποίο δίνει ενέργεια στο σπέρμα.

1.3.4 Προστάτης

Εντοπίζεται στο οπίσθιο μέρος της ηβικής ανήκει στα έσω γεννητικά όργανα του άνδρα. Εξωτερικά καλύπτεται από την κάψα και εσωτερικά από τους προστατικούς αδένες οι οποίοι παράγουν την σπερμίνη.

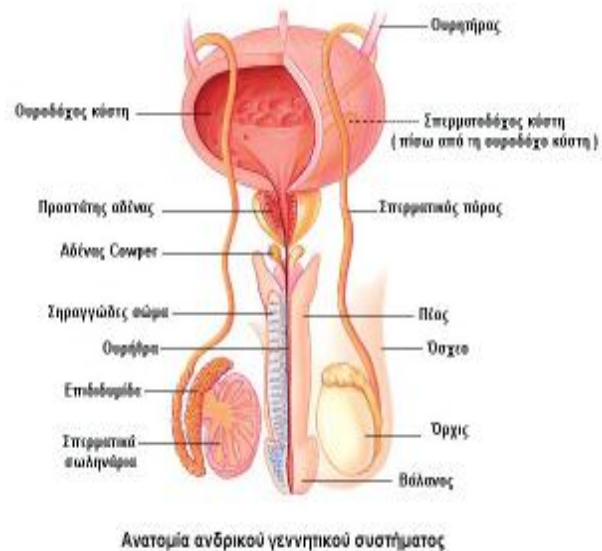
1.3.5 Σπέρμα

Αποτελεί προϊόν των εκκρίσεων της επιδιδυμίδας, της σπερματοδόχου κύστεως και του προστάτη και περιέχει σπερματοζώαρια. Έχει αλκαλικό pH το οποίο το προστατεύει από το όξινο περιβάλλον του κόλπου.

Ενώ ο βλεννογόνος του τραχήλου της μήτρας και οι ωαγωγοί έχουν κι αυτοί αλκαλικό pH το οποίο ευνοεί την παραμονή του σπέρματος ώστε να φτάσει στην λήκυθο της σάλπιγγας. Η σπερματογένεση αρχίζει κατά την εφηβεία με την έκκριση της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH).

1.3.6 Πέος

Το πέος αποτελείται από την ουρήθρα η οποία είναι μεικτός ουροποιογεννητικός σωλήνας και τα σηραγγώδη σώματα. Διακρίνεται στη ρίζα, το σώμα και τη βάλανο. Η ρίζα είναι σταθερή στο έδαφος και στα οστά της πυέλου ενώ το σώμα είναι κινητό. Το σώμα του πέους χωρίζεται στη ραχιαία, την κάτω ουρηθραία και τις δύο πλάγιες επιφάνειες. Η βάλανος είναι η άκρη του σώματος του πέους στην οποία καταλήγει η ουρήθρα. Η στεφανιαία αύλακα χωρίζει τη βάση της βάλανου με τη στεφάνη της βάλανου. Το πέος καλύπτεται από το κινητό δέρμα το οποίο είναι λεπτό χωρίς λίπος και ονομάζεται πόσθη και καταλήγει στη στεφανιαία αύλακα. Το κομμάτι της πόσθης που περικλείει τη βάλανο ονομάζεται ακροποσθία.



Εικόνα 1. 9 Ανατομία ανδρικού γεννητικού συστήματος (πρόσθια όψη)

Κεφάλαιο 2^ο

Διαταραχές Ουροποιογεννητικού Συστήματος.

2.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΓΟΡΙΩΝ.

Οι διαταραχές του γεννητικού συστήματος αφορούν την περιοχή του όσχεου, τη βουβωνική περιοχή και το πέους και διακρίνονται σε υδροκήλη, κισσοκήλη, συστροφή των όρχεων και την ορχικής απόφυσης, επισπαδία, υποσπαδία, φίμωση και παραφίμωση.

Ο υποσπαδίας και ο επισπαδίας ανήκουν στην κατηγορία των συγγενών ανωμαλιών του πέους και αφορούν την ατελή ανάπτυξη του έξω στομίου της ουρήθρας, η οποία εντοπίζεται κατά μήκος της ραχιαίας επιφάνειας του πέους (επισπαδίας) και στην κάτω επιφάνεια του πέους ή ακόμη μπορεί να εντοπίζεται στο όσχεο ή στο περίνεο (υποσπαδίας).^{7,16}

2.1.1. Υποσπαδίας.

Ο υποσπαδίας αποτελεί την συνηθέστερη ανωμαλία του στομίου της ουρήθρας και η κλινική του εικόνα περιλαμβάνει το κοιλιακό ουρηθρικό στόμιο, τη ραχιαία ακροποσθία που καλύπτει τη βάλανο και τη χορδή, πιο αναλυτικά το κοιλιακό ουρηθρικό στόμιο εντοπίζεται στη βάλανο ή κοντά σε αυτή, όμως σε σπάνιες περιπτώσεις εντοπίζεται στο στέλεχος του πέους ή στο περίνεο, η ροή των ούρων είναι καθοδική και δεν παρουσιάζει φυσιολογική ροή. Η ραχιαία ακροποσθία έχει μεγάλη έκταση και καλύπτει τη βάλανο, όμως δεν την περιβάλλει όπως συμβαίνει φυσιολογικά, επίσης η χορδή εντοπίζεται σε σοβαρές περιπτώσεις υποσπαδίας και παρατηρείται κυρίως κατά



Εικόνα 2 1 Τύποι υποσπαδία. Δείχνει από πού εκρέουν τα ούρα.

τη στύση, όπου το στέλεχος του πέους εμφανίζει κλίση προς τα κάτω. Η κλινική εικόνα των παιδιών που παρουσιάζουν υποσπαδία περιλαμβάνει ταυτόχρονα την χορδή και την μετατόπιση του έξω στομίου της ουρήθρας στην κοιλιακή επιφάνεια του πέους, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει παραμόρφωση του πέους χωρίς να παρουσιάζεται μετατόπιση του στομίου της ουρήθρας.^{4,12,16}

Ο υποσπαδίας με κρυφορχία αποτελεί μία σοβαρή κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται βαριά μορφή υποσπαδία και πρέπει να αντιμετωπίζεται ως περιστατικό ερμαφροδιτισμού διότι παρουσιάζονται αμφίβολα έξω γεννητικά όργανα, εφόσον αποκλειστεί η πιθανότητα

ερμαφροδιτισμού μέσω ελέγχων και εξετάσεων που θα υποβληθεί το παιδί, τότε αντιμετωπίζεται ως ανατομική ανωμαλία της ανάπτυξης του πέους, με ουρηθροπλαστική και ορχεοπηξία εντός των πρώτων 12 μηνών της ζωής του παιδιού.^{4,16}

Η λειτουργικότητα του παιδιού με υποσπαδία, επηρεάζεται διότι δυσκολεύεται να κατευθύνει τη ροή των ούρων, ενώ σε μεγαλύτερη ηλικία παρουσιάζει προβλήματα κατά τη διάρκεια της ερωτικής επαφής, λόγω της χορδής. Η ψυχολογία του παιδιού επηρεάζεται και μπορεί να προκληθεί διαταραχή στην ανάπτυξη της εικόνας του ανδρικού φύλου, για να αποφευχθεί αυτό, η χειρουργική αποκατάσταση του υποσπαδία ξεκινάει από τους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού, ώστε να μην πληχθεί η κοινωνικότητα του λόγω διαφορετικότητας.¹⁶

2.1.1.1 Θεραπεία του υποσπαδία.

Η χειρουργική αποκατάσταση του υποσπαδία αποτελεί μονόδρομο, και το επίπεδο δυσκολίας είναι μεγάλο διότι υπάρχει έλλειψη του ιστού στην κοιλιακή επιφάνεια του πέους, και η βλάβη οφείλεται στην αδυναμία συνένωσης των ιστών, η αποκατάσταση πραγματοποιείται σε μία φάση, όμως σε σοβαρές μορφές υποσπαδία ο χειρουργός μπορεί να αποφασίσει να αποκαταστήσει πρώτα την παραμορφωτική κάμψη του πέους (χορδή) και σε δεύτερη φάση να αποκαταστήσει τη θέση του έξω στομίου της ουρήθρας με ουρηθροπλαστική, ώστε να περιοριστούν οι μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η αποκατάσταση αυτή αποτελεί μία από τις δυσκολότερες παιδοχειρουργικές επεμβάσεις και το ποσοστό επιτυχίας είναι πολύ μικρό, λόγω αδυναμίας συνένωσης, του ελλείμματος που παρουσιάζεται με απλή συρραφή, συγκριτικά με το παρελθόν τα ποσοστά επιτυχίας έχουν αυξηθεί λόγω βελτίωσης των χειρουργικών τεχνικών και μέσων που διαθέτουν οι χειρουργοί.^{4,5,7,16}

2.1.1.2 Επιπλοκές.

Η χειρουργική αντιμετώπιση του υποσπαδία στο παρελθόν παρουσίαζε αρκετές μετεγχειρητικές επιπλοκές, οι οποίες με την εξέλιξη των χειρουργικών τεχνικών έχουν μειωθεί σημαντικά. Οι επιπλοκές αυτές αφορούν.

- 1) την δημιουργία συριγγίου του ουροποιητικού, σε περιπτώσεις ανεπιτυχής συνένωσης του ελλείμματος με πλήρη ή μερική διάσπαση
- 2) την πιθανή στένωση της δημιουργηθείσας ουρήθρας
- 3) προβλήματα κατά την ενήλικη ζωή του ατόμου λόγω κακής αποκατάστασης της παραμορφωτικής κάμψης (χορδή) του πέους

Η αντιμετώπιση αυτών των επιπλοκών θα πρέπει να είναι άμεση ώστε να αποφευχθούν, περεταίρω ανεπιθύμητες επιπλοκές, στο χειρουργημένο παιδί που αφορούν πυρετό, δυσουρία, καύσο κατά την ούρηση και κατ' επέκταση λοίμωξη του ουροποιητικού.^{4,8,16}

2.1.2. Επισπαδίας.

Αποτελεί μια σπάνια εμφανιζόμενη κατάσταση, κατά την οποία το έξω ουρηθρικό στόμιο εντοπίζεται στην ραχιαία επιφάνεια του πέους, διακρίνεται ανάλογα με την περιοχή που εμφανίζεται σε.

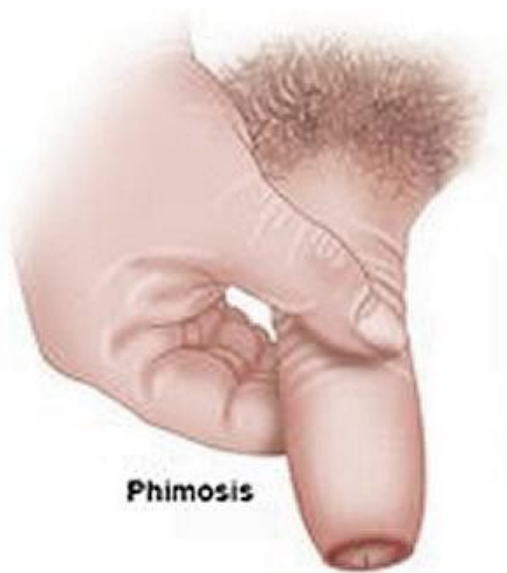
- 1) Βαλανικό επισπαδία, όπου το έξω ουρηθρικό στόμιο εκβάλλει στη στεφανιαία αύλακα της ραχιαίας επιφάνειας του πέους.
- 2) Πεικός επισπαδίας, όπου το έξω στόμιο της ουρήθρας εντοπίζεται στο μέσο της ραχιαίας επιφάνειας του πέους.
- 3) Πεοηβικός επισπαδίας που αποτελείται από μια αύλακα στη ραχιαία επιφάνεια του πέους και χαρακτηρίζεται ως η βαρύτερη μορφή επισπαδία.

Ο επισπαδίας εμφανίζει έλλειμμα του κοιλιακού τοιχώματος του πέους και η σοβαρότερη μορφή του είναι η εκτροφή της ουροδόχου κύστεως, με κύριο σύμπτωμα την ακράτεια των ούρων λόγω ελλείμματος του αυχένα της ουροδόχου κύστεως, αποτελεί σπάνιο φαινόμενο η ύπαρξη επισπαδία χωρίς ακράτεια ούρων.^{5,12,16}

2.1.2.1 Αντιμετώπιση.

Η κατάσταση αυτή έχει τον ίδιο τρόπο αντιμετώπισης με τον υποσπαδία, αποκαθίσταται χειρουργικά με ουρηθροπλαστική, εμφανίζει όμως δυσκολίες σε περίπτωση εκτροφής της ουροδόχου κύστεως.^{7,16}

2.1.3. Φίμωση.



Η φίμωση είναι η κατάσταση κατά την οποία παρατηρείται στένωση του στομίου της ακροποσθίας και χαρακτηρίζεται από την αδυναμία έλξης της ποσθής ώστε να αποκαλυφθεί η βάλανος του πέους. Η φίμωση παρουσιάζεται ως επιπλοκή σε υποτροπιάζουσες βαλανοποσθίτιδες, είτε από ατελή περιτομή, είτε λόγω βίαιης έλξης την ποσθής είτε από αμμωνιακή δερματίτιδα. Ακόμη οι φυσιολογικές συμφύσεις της ποσθής μπορούν να προκαλέσουν αδυναμία έλξης, όμως

υπάρχει αποκάλυψη της κορυφής της βαλάνου και συνήθως εξαφανίζονται μέχρι το 10^ο έτος της ζωής ενός αγοριού, μπορεί να παραμείνει μέχρι και την εφηβεία του. Λόγω της στένωσης της ακροποσθίας, τα υγρά και το σμήγμα δεν παροχετεύονται, δημιουργώντας μία χαμηλού βαθμού λοίμωξη η οποία δυσχεραίνει την ήδη υπάρχουσα φίμωση. Σε περίπτωση που παραμεληθεί η φίμωση και το παιδί πορευθεί μέχρι την ενήλικη ζωή του με αυτή, μπορεί να παρουσιάσει πόνο κατά την ερωτική επαφή, καρκίνωμα του πλακώδους επιθηλίου της βαλάνου λόγω παρατεταμένης χαμηλού βαθμού λοίμωξης της ακροποσθίας, ακόμη και απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος, η οποία χρίζει άμεσης χειρουργικής αποκατάστασης με περιτομή ή πλαστική χειρουργική της ακροποσθίας.^{5,9,16}

2.1.3.1 Θεραπεία.

Η συντηρητική θεραπεία αποτελεί την εφαρμογή κορτικοστεροειδούς αλοιφής τοπικά για περίπου δύο εβδομάδες, η οποία συνήθως οδηγεί στην ταχεία υποχώρηση της φίμωσης. Σε περίπτωση ανεπιτυχής εφαρμογής της συντηρητικής θεραπείας τότε το παιδί παραπέμπεται σε χειρουργική αποκατάσταση με περιτομή.^{4,6,16}

2.1.3.2 Περιτομή.

Η περιτομή αποτελεί μία από τις αρχαιότερες επεμβάσεις στην ιστορία της χειρουργικής, διότι εκτελούνταν για θρησκευτικούς και κοινωνικούς λόγους στους νέους, από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα. Ωστόσο κάθε χειρουργική επέμβαση μπορεί να παρουσιάσει επιπλοκές, στην συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση μπορεί να υπάρξει αιμορραγία διότι το πέος είναι ένα σημείο με πολύ καλή αιμάτωση, γι' αυτό το λόγο χρειάζεται προσοχή καθώς ο όγκος αίματος ενός νεογνού τριών κιλών είναι 240ml, οπότε οποιαδήποτε απώλεια αίματος άνω των 25 ml μπορεί να είναι επικίνδυνη για την ζωή του. Η μετεγχειρητική λοίμωξη είναι ακόμη μία επιπλοκή, καθώς το ανοιχτό τραύμα μολύνεται με εντεροβακτήρια και λόγω χαμηλού επιπέδου ωρίμανσης του ανοσοποιητικού συστήματος, μπορεί να δημιουργηθεί σηψαιμία, ακόμη η δημιουργία ελκών στο επιθήλιο της βαλάνου αποτελεί επιπλοκή καθώς μπορεί να προκαλέσει στένωση του στομίου της ουρήθρας. Η ενδεδειγμένη ηλικία, για αυτή την επέμβαση, είναι άνω των 6 μηνών που το βρέφος έχει διπλασιάσει το βάρος του και έχει ωριμάσει το ανοσοποιητικό σύστημα ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα οποιαδήποτε λοίμωξη.^{4,10,16}



Εικόνα 2 3 Περιτομή

2.1.4. Παραφίμωση.

Προκαλείται από τη βίαιη έλξη της ακροποσθίας η οποία είναι οίδηματώδης. Η μη έγκαιρη αντιμετώπιση της δημιουργεί δακτύλιο γύρω από την στεφανιαία αύλακα της βαλάνου, προκαλώντας πόνο, οίδημα και κατακράτηση ούρων.

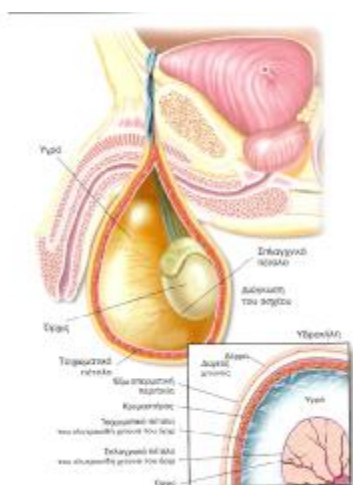


Εικόνα 2 4 Παραφίμωση

Η αποκατάσταση της ξεκινάει με χορήγηση τοπικού αναισθητικού για αναλγησία και στη συνέχεια συμπίεση της βαλάνου για να υποχωρήσει το οίδημα ή παρακέντηση με βελόνα. Σε περίπτωση αποτυχίας των παραπάνω μεθόδων τότε απαιτείται η χειρουργική αποκατάσταση με περιτομή.⁶

2.1.5. Βαλανίτιδα.

Η βαλανίτιδα αποτελεί λοίμωξη της ακροποσθίας της βαλάνου, λόγω ελλιπούς καθαριότητας της περιοχής, η οποία ευνοεί την παραμονή του σμήγματος και άλλων υγρών στη περιοχή και επομένως την ανάπτυξη μικροοργανισμών. Αποτελεί επιλοκή της φίμωσης και αντιμετωπίζεται συντηρητικά με τοπική εφαρμογή αλοιφής για περίπου δύο με τρεις εβδομάδες και συστηματικό καθαρισμό και φροντίδα της περιοχής.¹⁶



Εικόνα 2 5 Υδρονήλη

2.1.6. Υδρονήλη.

Η υδρονήλη εμφανίζεται στην νεογνική ηλικία και εκδηλώνεται με διόγκωση του όρχι, δεν παρουσιάζει πόνο και δεν ανατάσσεται, αποτελεί την κατάσταση κατά την οποία εντοπίζεται συλλογή υγρού μεταξύ των δύο πετάλων

του ελυτροειδούς χιτώνα, του όρχεως. Διακρίνεται σε δύο κατηγορίες την επικοινωνούσα και την μη επικοινωνούσα υδροκήλη. Η επικοινωνούσα υδροκήλη επικοινωνεί με την περιτοναϊκή κοιλότητα, το μέγεθος της είναι μεγαλύτερο από την μη επικοινωνούσα, αντιμετωπίζεται ως βουβωνοκήλη η οποία συνήθως υποχωρεί αυτόματα μέχρι την ηλικία του ενός έτους, όμως χειρουργείται σε περίπτωση που επιμένει είτε το μέγεθος της είναι πολύ μεγάλο.^{4,5,16}

2.1.7. Κιρσοκήλη.

Η κιρσοκήλη οφείλεται στην βαλβιδική ανεπάρκεια της σπερματικής φλέβας και κλινικά παρουσιάζει διάταση του φλεβικού πλέγματος του όρχι. Συνήθως εντοπίζεται στον αριστερό όρχι και σπάνια αμφοτερόπλευρα και σε ηλικία κάτω των δέκα χρόνων. Αντιμετωπίζεται χειρουργικά όταν η κιρσοκήλη είναι πολύ μεγάλη.^{4,5,16}

2.2 Διαταραχές Ουροποιογεννητικού Συστήματος Στα Κορίτσια.

Οι ανωμαλίες στα γεννητικά όργανα των κοριτσιών είναι σπάνιες, αλλά κυρίως αφορούν τα έξω γεννητικά όργανα, διακρίνονται σε συμφύσεις των μικρών χειλέων και η ατρησία του παρθενικού υμένα

2.2.1 Συμφύσεις μικρών χειλέων.

Αποτελεί τη συνηθέστερη ανωμαλία στα κορίτσια, η οποία προκαλείται από τη δημιουργία ελκών ή χαμηλού επιπέδου οιστρογόνων που συμφύουν μερικώς ή εξολοκλήρου την είσοδο του κόλπου, και αποτελεί κατάσταση που δεν διαγιγνώσκεται κατά τη γέννηση και είναι ασυμπτωματική. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την ατρησία του κόλπου, την συγγενή απουσία του κόλπου, την πρόπτωση ουρήθρας, ουρητηροκήλη και πολύποδας στην ουρήθρα.^{4,10,16}



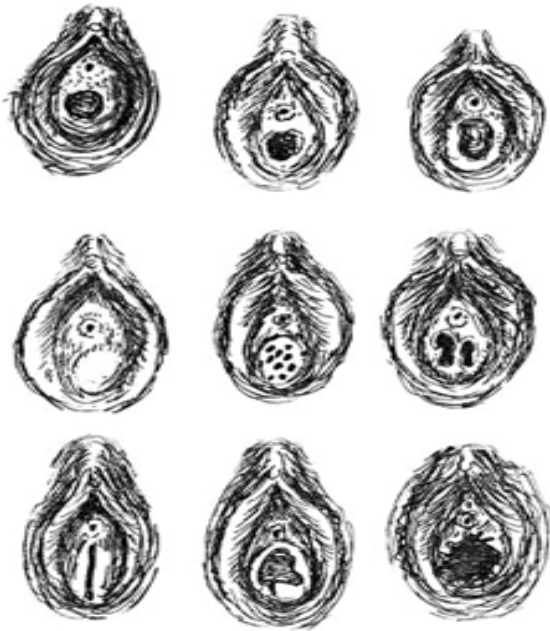
Εικόνα 2 6 Αρχικό στάδιο συμφύσεων

2.2.1.1 Θεραπεία.

Οι συμφύσεις των μικρών χειλέων μπορούν να αποκατασταθούν αυτόματα ή με ήπιο διαχωρισμό στα βρέφη, με έλξη των μικρών χειλέων προς τα έξω. Σε περίπτωση που εμφανίζονται συμπτώματα όπως άλγος στο περίνεο ή δυσφορία κατά την ούρηση, συνιστάται η χρήση αλοιφής οιστρογόνων, για σύντομο χρονικό διάστημα που βοηθάει στην αποκατάσταση των συμφύσεων. Σε μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά εφαρμόζεται ο χειρουργικός

διαχωρισμός των συμφύσεων, υπό την εφαρμογή τοπικής αναισθησίας. Ο υποτροπιάζον χαρακτήρας των συμφύσεων απαιτεί την καθημερινή φροντίδα, του αιδίου για δύο εβδομάδες, και περιλαμβάνει το διαχωρισμό των μικρών χειλέων και την εφαρμογή βαζελινούχας αλοιφής στην περιοχή.^{4,16}

2.2.2 Ατρησία του παρθενικού υμένα.



Εικόνα 2.7: Σχηματική αναπαράσταση διαφόρων μορφών παρθενικού υμένα

Πρόκειται για μία κατάσταση η οποία συναντάται σπάνια, γίνεται αντιληπτή κατά την γέννηση με την παρουσία βλεννοκίλης η οποία δημιουργείται από τη συσσώρευση των κολπικών εκκρίσεων, είτε κατά την εφηβεία με συμπτώματα πρωτοπαθούς αμηνόρροιας και αιματόκολπου με κυκλική εμφάνιση άλγους στην κοιλιακή χώρα. Τα συμπτώματα μπορεί να μην είναι εμφανή κατά την παιδική ηλικία, όμως μπορεί να εμφανίσει ουρολογικά προβλήματα όπως

ακράτεια ούρων ή δυσφορία κατά την ούρηση, όταν η βλεννοκίλη λόγω μεγαλύτερης διεύρυνσης πιέζει τα τοιχώματα της ουρήθρας. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει υμενοτομή του παρθενικού υμένα, με κυκλοτερή τομή και αφαίρεση στη νεογνική ηλικία, με σκοπό την παροχέτευση των κολπικών εκκρίσεων και την αποφυγή



Εικόνα 2.8 Βλεννοκίλη σε περίπτωση ατρησίας του παρθενικού υμένα.

επιπλοκών όπως η ακράτεια ούρων και η δυσουρία. Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν συμπτώματα η υμενοτομή γίνεται σε δεύτερο χρόνο κατά την εφηβεία όπου ξεκινά ή έμμηνος ρήση ή σε περιπτώσεις όπου υπάρχει αιματόκολπος.

Οι επιπλοκές είναι δεν είναι συχνές όμως συμπεριλαμβάνουν την επιμόλυνση ή τον τραυματισμό της ουρήθρας και την υποτροπιάζουσα απόφραξη του παρθενικού υμένα, η οποία

προλαμβάνεται με την αποφυγή απλής τομής του υμένα.^{4,16}

Κεφάλαιο 3^ο

Ερμαφροδιτισμός.

3.1 Ιστορική αναδρομή.

Στην αρχαιότητα η σωματική διάπλαση είχε μεγάλη σημασία και οποιαδήποτε παραμόρφωση δεν ήταν αποδεκτή και θεωρούνταν κακός οιωνός. Έτσι τα άτομα που παρουσίαζαν κάποια σωματική ανωμαλία καταδικάζονταν σε θάνατο.

Σύμφωνα με τους αρχαίους ο Ερμαφρόδιτος ήταν απόγονος του Ερμή και της Αφροδίτης. Ο Ερμαφρόδιτος ήταν ο ομορφότερος νέος στην αρχαιότητα. Αυτή την ομορφιά ερωτεύτηκε η νύμφη Σαλμακίδα, που ζούσε σε μια πηγή κοντά στην Αλικαρνασσό, όπου ο Ερμαφρόδιτος σταμάτησε για να ξεποστάσει. Καθώς έκανε μπάνιο στην πηγή η Σαλμακίδα τον αγκάλιασε σφικτά όμως η έκπληξη του Ερμαφρόδιτου τον έκανε να την απωθήσει. Μη μπορώντας να ξεφύγει από την αγκαλιά της επικαλέστηκε τους θεούς ζητώντας να τους χωρίσουν. Με τη σειρά της η νύμφη ευχήθηκε να μην την εγκαταλείψει ο αγαπημένος της. Έτσι οι θεοί εισάκουσαν την νύμφη και από τότε ο Ερμαφρόδιτος και η Σαλμακίδα έμειναν για πάντα ενωμένοι σε ένα πλάσμα που είχε και τα δύο φύλα συνδυάζοντας την αρρενωπότητα και τον δυναμισμό του άνδρα και την τρυφερότητα και την ευπρέπεια της γυναίκας. Τότε ο Ερμαφρόδιτος ζήτησε ως χάρη στους θεϊκούς γονείς του, όποιος λουστεί μ' αυτό το νερό να χάνει τον ανδρισμό του. Ακόμη και σήμερα στη βιολογία, ο οργανισμοί που κατέχουν και τα δύο φύλα ονομάζονται ερμαφρόδιτοι.

Στο πέρασμα των χρόνων προσδιορίστηκε ότι ένα ερμαφρόδιτο άτομο έχει μεικτά γεννητικά όργανα και αναπτύσσει ανατομικά χαρακτηριστικά του αντίθετου φύλου ή δύσμορφα γεννητικά όργανα.. Επίσης σημειώθηκε ότι τα γεννητικά όργανα αυτών των ατόμων αλλά κυρίως των αγοριών δεν λειτουργούν κανονικά επομένως δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

Στις μέρες μας, ο ερμαφροδιτισμός αποτελεί μια σύνθετη κατάσταση που αντιμετωπίζεται κατά βάση στα πρώτα χρόνια της ζωής ενός παιδιού που εμφανίζει τα χαρακτηριστικά αυτά. Η αντιμετώπιση επιβάλλει την ύπαρξη διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων της παιδιατρικής όπως η ενδοκρινολογία, η πλαστική χειρουργική, παιδοχειρουργική, η μαιευτική, η παιδιατρική και η ψυχιατρική.^{11,16,19}

3.2 Ορισμός.

Δεν υπάρχει σαφής ορισμός όμως πρόκειται για έναν όρο ο οποίος περιγράφει την κατάσταση κατά την οποία δεν μπορεί να προσδιοριστεί ξεκάθαρα το φύλο του ατόμου (αρσενικό ή θηλυκό) διότι παρουσιάζονται ανατομικά χαρακτηριστικά και των δύο φύλων ή τα έξω γεννητικά όργανα είναι δύσμορφα.

Η κατάσταση αυτή γίνεται αντιληπτή συνήθως αμέσως μετά τον τοκετό. Τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζει το νεογνό με αμφίβουλα γεννητικά όργανα είναι κυρίως:

- 1) Υποσπαδίας με τον ένα όρχι ψηλαφητό ή με κρυπορχία.
- 2) Κρυπορχία με μικρό πέος.
- 3) Κλειτοριδομεγαλία με σύγκλιση των μεγάλων χειλιών και πιθανή βουβωνοκήλη.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η διαταραχή αυτή γίνεται αντιληπτή αργότερα. Οι μορφές τις οποίες μπορεί να διαγνωστεί είναι:

- 1) Αρρενοποίηση κοριτσιού κατά την εφηβεία.
- 2) Πρώιμη ήβη σε αγόρι με κρυπορχία ενώ πρόκειται για κορίτσι με σύνδρομο υπερπλασίας των επινεφριδίων.
- 3) Αμηνόρροια σε κορίτσι ενώ πρόκειται αγόρι με σύνδρομο θηλεοποίησης όρχεων.

Σε κάθε περίπτωση η αμφίβουλη ανάπτυξη φύλου χρίζει άμεσης αποκατάστασης διότι η αδυναμία ανάπτυξης των γεννητικών οργάνων, φυσιολογικά μπορεί να αποτελέσει τεκμήριο υποβόσκουσας απειλητικής νόσου για τον οργανισμό.

Αρχικά στην ιατρική ο ερμαφροδιτισμός είχε διαχωριστεί σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τον αληθή ερμαφροδιτισμό και τον ψευδερμαφροδιτισμό.^{6,12,16}

3.3 Αληθής ερμαφροδιτισμός.

Ο αληθής ερμαφροδιτισμός ορίζεται ως η συνύπαρξη ορχικού και ωθηκικού ιστού στο ίδιο άτομο. Ο ωθηκικός ιστός αναπτύσσεται κανονικά και συνήθως υπάρχουν σάλπιγγες και μήτρα. Αντίθετα ο ορχικός ιστός δεν εντοπίζεται πάντα και δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένος, όταν αυτός εντοπίζεται. Σε περίπτωση που εντοπίζεται ταυτόχρονα ωθηκικός και ορχικός ιστός καταλαμβάνουν αντίστοιχα ο καθένας μία πλευρά. Στην περίπτωση αυτή αν υπάρχει επιδιδυμίδα και σπερματικός πόρος, εντοπίζονται στην αντίστοιχη πλευρά του ορχικού ιστού. Ενώ ο ωθηκικός ιστός αναπτύσσεται κανονικά και συνήθως υπάρχουν σάλπιγγες και μήτρα και εντοπίζεται στην άλλη πλευρά. Τέλος τα έξω γεννητικά όργανα δεν μπορούν εύκολα να προσδιοριστούν.^{13,15}

3.4 Ψευδερμαφροδιτισμός.

Ο ψευδερμαφροδιτισμός διακρίνεται σε δύο υποκατηγορίες τον ανδρικό και τον θηλυκό ψευδερμαφροδιτισμό. Ο ανδρικός ψευδερμαφροδιτισμός είναι αληθής με καρυότυπο (46XY) αρσενικό, εντοπίζονται όρχεις όμως τα έξω γεννητικά όργανα είναι αμφίβολα. Η συχνότερη αιτία αυτής της υποκατηγορίας είναι η θηλεοποίηση των όρχεων όπου ο φαινότυπος-καρυότυπος του εμβρύου είναι (46XX) θηλυκός λόγω έλλειψης ευαισθησίας στα ανδρογόνα. Επίσης τα έξω γεννητικά όργανα μπορεί να είναι άρρενος τύπου με βαριά μορφή υποσπαδία. Συχνά δεν υπάρχει διάγνωση μέχρι η έφηβη να διερευνηθεί για αμηνόρροια.

Ο θηλυκός ψευδερμαφροδιτισμός έχει καρυότυπο (46XX) θηλυκό, εντοπίζονται ωθήκες αλλά συγχρόνως τα έξω γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν πέος, με σύμφυση των χειλέων τα οποία παρομοιάζουν με όσχεο. Το συχνότερο αίτιο θηλυκού ψευδερμαφροδιτισμού είναι η συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων. Άλλα αίτια μπορεί να είναι είτε αρρενοποιητικός όγκος της μητέρας, είτε λήψη προγεστερονών κατά την εγκυμοσύνη, είτε ιδιοπαθής.^{9,13}

3.5 Σύγχρονη άποψη.

Στο πέρασμα των χρόνων και έπειτα από έρευνες οι επιστήμονες παρατήρησαν και διέκριναν τον ερμαφροδιτισμό σε δύο κατηγορίες οι οποίες αφορούν κυρίως τα αίτια που προκαλούν την αμφίβολη ανάπτυξη του φύλου: τον υποσπαδία και την συγγενή υπερπλασία των επινεφριδίων.¹⁶



Εικόνα 3 1 Αμφίβολο φύλο, Χειρουργική αποκατάσταση

3.6 Υποσπαδίας.

Στην περίπτωση αυτή για να διευκρινιστεί αν πρόκειται για ερμαφροδιτισμό ή για ανωμαλία διάπλασης του πέους, θα πρέπει να γίνει αρχικά ανατομικός έλεγχος της περιγεννητικής περιοχής, ώστε να διευκρινιστεί αν το όσχεο είναι πλήρως ανεπτυγμένο και οι όρχεις στην θέση του. Ο υποσπαδίας με απουσία καθόδου του ενός ή και των δύο όρχεων θα πρέπει να αντιμετωπιστεί αμέσως ως ερμαφροδιτισμός με ουρηθροπλαστική και ορχεοπηξία εντός δώδεκα μηνών από την γέννηση του παιδιού.¹⁶

3.7 Συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων.

Αποτελεί μία σημαντική κατάσταση η οποία πρέπει να αποκλειστεί άμεσα σε περίπτωση αδυναμίας ανάπτυξης του φύλου. Στα θήλεα με συγγενή υπερπλασία των επινεφριδίων καθίσταται δύσκολος ο προσδιορισμός της όψης των έξω γεννητικών οργάνων.^{14,16}

3.8 Διάγνωση.

Η διάγνωση της ανάπτυξης αμφίβολου φύλου ενός νεογνού, παίζει σπουδαίο ρόλο διότι οι ιατροί σε συνεργασία με τους γονείς, καθορίζουν το φύλλο ανάπτυξης του και επομένως, την εξέλιξή του στην κοινωνία. Η λήψη του ιστορικού θα πρέπει να είναι λεπτομερής, με ερωτήσεις στοχευόμενες στις κληρονομικές ασθένειες της οικογένειας, οι οποίες περιλαμβάνουν συγγενείς ανωμαλίες, προηγηθείσα γέννηση παιδιού με αμφίβολα γεννητικά όργανα, πρότερος θάνατος παιδιού κατά την νεογνική ηλικία και λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (ορμονοθεραπεία). Μετά την λήψη του ιστορικού, σειρά έχει η ενδελεχής κλινική εξέταση του νεογνού για ανεύρεση γονάδων. Ανάλογα με τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, προκύπτει ένα αρχικό συμπέρασμα ανάλογα με τις περιπτώσεις:

1. Δύο γονάδες ψηλαφητές στην περιοχή του όσχεου, που κατά κανόνα είναι όρχεις και σπάνια ωθηκόρχεις, οπότε το νεογνό αυτό μπορεί να έχει είτε αρσενικό ψευδερμαφροδιτισμό, είτε αληθή ερμαφροδιτισμό.
2. Μία γονάδα ψηλαφητή, οπότε το νεογνό έχει είτε μεικτό ωθητικό και ορχικό ιστό, είτε αληθή ψευδερμαφροδιτισμό.
3. Μη ψηλαφητές γονάδες οπότε το νεογνό συνήθως έχει θηλυκό ψευδερμαφροδιτισμό και σπάνια αληθή ερμαφροδιτισμό.^{5,6,15,16}

Σε δεύτερη φάση και για καλύτερο προσδιορισμό του φύλου, γίνεται βιοχημικός έλεγχος και υπερηχογραφικός έλεγχος της πυέλου για να εξακριβωθεί η ύπαρξη μήτρας και σαλπίγγων. Με αυτόν τον προσδιορισμό προκύπτουν οι εξής συνδυασμοί:

- 1) Γονάδες ψηλαφητές με έλλειψη παρουσίας της μήτρας και των σαλπίγγων:

ü γίνεται έλεγχος που περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του καρυότυπου, δοκιμασία ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG), δοκιμαστική χορήγηση τεστοστερόνης, ιστικές μελέτες και βιοψία γονάδων.

ü Η πιθανή διάγνωση περιλαμβάνει:

- a) αρσενικό ψευδερμαφροδιτισμό (συνήθως).
- b) αληθή ερμαφροδιτισμό.

- 2) Γονάδες ψηλαφητές με ύπαρξη της μήτρας και των σαλπίγγων:

- γίνεται προσδιορισμός του καρυότυπος και βιοψία γονάδων και προκύπτουν δύο πιθανότητες:
 - a) αληθής ερμαφροδιτισμός, όταν εντοπίζεται έστω μια γονάδα
 - b) μεικτός ωοθηκικός και ορχικός ιστός
- 3) Αψηλάφητες γονάδες με ύπαρξη της μήτρας και των σαλπίνγων:
 - γίνεται έλεγχος που περιλαμβάνει προσδιορισμό του καρυότυπου, έλεγχο των ηλεκτρολυτών και δεν χρειάζεται απαραίτητα η βιοψία των γονάδων. Έτσι προκύπτουν οι εξής πιθανότητες:
 - a) θηλυκός ψευδερμαφροδιτισμός (συνήθως)
 - b) αληθής ερμαφροδιτισμός (σπάνια)
- 4) Αψηλάφητες γονάδες με απουσία της μήτρας και των σαλπίνγων, αποτελεί σπάνιο φαινόμενο και εντοπίζεται σε περιπτώσεις μεικτής γοναδικής δυσγενεσίας:
 - γίνεται έλεγχος που περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του καρυότυπου, δοκιμασία χορήγησης τεστοστερόνης, δοκιμασία ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) και σε ορισμένες περιπτώσεις βιοψία γονάδων.^{5,6,15,16}

Το συμπέρασμα είναι ότι η διάγνωση είναι αποτέλεσμα που απαιτεί τη συμβουλή παιδιάτρων που εξειδικεύονται στην ενδοκρινολογία, την ουρολογία και την χειρουργική παιδών, καθώς επίσης την ανατομική διερεύνηση και τον λεπτομερή βιοχημικό έλεγχο. Όλα αυτά, βοηθούν στην λήψη μίας απόφασης, διότι μπορούν να υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία του οργανισμού, που μπορεί να είναι γενετικοί παράγοντες, να απαιτείται άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση σε περιπτώσεις συγγενούς υπερπλασίας των επινεφριδίων, επίσης πρέπει να προσδιοριστεί η γονιμότητα του παιδιού και να υπάρχει οργανωμένος σχεδιασμός της χειρουργικής αντιμετώπισης. Όλα αυτά, ένας γιατρός δεν μπορεί να τα λάβει υπόψη χωρίς τα αποτελέσματα όλων των εξετάσεων.^{9,15}

Κεφάλαιο 4ο

Μέθοδοι Αντιμετώπισης

4.1 Φύλο ανατροφής.

Στην επιλογή φύλου ανατροφής υπάρχουν παράγοντες που καθορίζουν σημαντικά την απόφαση που θα ληφθεί, ώστε να μεγιστοποιηθούν οι πιθανότητες γονιμότητας και να μειωθούν οι πιθανότητες ψυχολογικών νοσημάτων. Η γονιμότητα στα αγόρια εκτιμάται ανάλογα με την ικανότητα των όρχεων να παράγουν σπερματοζωάρια και τη σωστή ανατομία ώστε να υπάρχει βατότητα στο σπερματικό πόρο και ικανοποιητικός ιστός στο πέος ώστε να επιτελείται η στύση και κατ' επέκταση η γονιμοποίηση. Στις περισσότερες περιπτώσεις στα αγόρια με αμφίβολα γεννητικά όργανα δεν υπάρχει δυνατότητα γονιμοποίησης και ανατομικά το πέος σπάνια έχει φυσιολογικό μέγεθος.

Τα ψυχολογικά προβλήματα υπάρχουν και στα δύο φύλα όμως η ανεπιτυχής ανατροφή ενός ατόμου με μη φυσιολογικά γεννητικά όργανα προκαλεί σημαντικά προβλήματα στην κοινωνικοποίηση του ατόμου διότι ντρέπεται για τον εαυτό του. Έτσι μια λανθασμένη επιλογή φύλου ατόμου με καρυότυπο 46XY ως αγόρι, που φέρει μικρό πέος με στυτική δυσλειτουργία και αδυναμία ούρησης σε όρθια θέση, σαφώς θα επιβαρύνει την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου.

Αντιθέτως, στα κορίτσια υπάρχουν μέθοδοι τις οποίες μπορούν οι ιατροί να ακολουθήσουν, ώστε να επιτελεστεί τεχνητά ή μη, η γονιμοποίηση των ωαρίων. Σημαντικό ρόλο παίζουν η βατότητα των σαλπίγγων προς τη μήτρα και η ωοθυλακιορρηξία. Όμως, η εξέλιξη της επιστήμης μπορεί να βοηθήσει ώστε να γονιμοποιηθούν τα ωάρια εξωτερικά και να εμφυτευθούν τα γονιμοποιημένα ωάρια στην μήτρα και να συνεχιστεί η κύηση φυσιολογικά έως τη στιγμή του τοκετού. Έτσι σε περίπτωση που ένα άτομο φέρει μήτρα, ανεξαρτήτως του καρυότυπού του, μπορεί να συμμετάσχει στην αναπαραγωγική διαδικασία πιο ενεργά και έτσι μειώνονται οι πιθανότητες το άτομο να αναπτύξει κάποιο ψυχολογικό νόσημα, λόγω ανικανότητας τεκνοποίησης.^{5,16,14}

4.2 Συμβουλή προς τους γονείς.

Οι γονείς θα πρέπει να κατανοήσουν πλήρως, ότι η επιλογή του φύλου ανατροφής του παιδιού δεν είναι παιχνίδι και σαφώς δεν είναι μια απερίσκεπτη επιλογή λόγω επιθυμίας των γονιών. Έτσι θα πρέπει να ενημερωθούν λεπτομερώς και να κατανοήσουν :

- 1) την πολυπλοκότητα και τα στάδια διαφοροποίησης του φύλου κατά την εμβρυική ζωή και την αδυναμία ορισμένων εμβρύων να διαφοροποιηθούν πλήρως.
- 2) Το απαραίτητο χρονικό διάστημα το οποίο χρειάζονται οι ιατροί, ώστε να διευκρινιστεί η παθολογία-ανατομία του παιδιού.
- 3) Τις εξετάσεις, στις οποίες το παιδί θα πρέπει να υποβληθεί επειγόντως.
- 4) Την αναγκαιότητα της στήριξης του παιδιού τους σε όλα τα στάδια της διαδικασίας.
- 5) Τους φόβους και τις προκαταλήψεις σχετικά με την ομοφυλοφιλία.^{16,17,18}

Ο ρόλος των γονιών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παιδιού μέσα στο νοσοκομείο είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι μπορεί να συμμετάσχει ενεργά σε όλα τα στάδια της ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας και να διευκολύνει την διεκπεραίωση όλων των εξετάσεων και της νοσηλείας που χρειάζεται. Οι γονείς, μπορούν να διακρίνουν και να ξεχωρίσουν που οφείλεται το κλάμα του παιδιού τους, έτσι γίνεται σαφέστερος ο λόγος για τον οποίο το παιδί διαμαρτύρεται, διευκολύνοντας το νοσηλευτικό προσωπικό, να μπορεί να λάβει μια απόφαση άμεσα και αποτελεσματικά, χωρίς να ταλαιπωρείται περαιτέρω το παιδί.

Για να μπορέσουν οι γονείς να βοηθήσουν στην διαδικασία, θα πρέπει πρώτα οι ίδιοι να προετοιμαστούν ψυχολογικά για την επερχόμενη νοσηλεία του παιδιού τους, να ενημερωθούν σχετικά με την κατάσταση του παιδιού τους και να μην φοβούνται να εκφράσουν οποιαδήποτε απορία τους σχετικά με τους ελέγχους, τις εξετάσεις και τη νοσηλεία του παιδιού. Επίσης, σημαντικό είναι να καταλάβουν πόσο σημαντική είναι η παρουσία τους δίπλα στο παιδί σε όλα τα στάδια της διαδικασίας αποκατάστασης και μετά από αυτή, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της παραμονής του το νοσοκομείο, διότι το παιδί χρειάζεται την παρουσία του οικείου περιβάλλοντος τους και ιδιαίτερα των γονιών του, για να αισθάνεται σιγουριά στο ξένο περιβάλλον του νοσοκομείου.

Με αυτόν τον τρόπο οι γονείς είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν με μεγαλύτερη ευχέρεια οποιαδήποτε εξέλιξη στη νοσηλεία του παιδιού. Επίσης γνωρίζοντας πριν την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο την κατάσταση και τις μεθόδους αντιμετώπισης, μπορούν να λάβουν γρηγορότερα και με μεγαλύτερη ευκολία, μια απόφαση σχετικά με την εξέλιξη την πορεία της φροντίδας του παιδιού. Ακόμη μπορούν να προετοιμαστούν κατάλληλα και να εξηγήσουν παιδί τους, τους λόγους για τους οποίους είναι απαραίτητη η νοσηλεία του. Πριν την εισαγωγή του παιδιού θα πρέπει οι γονείς σε συνεργασία με τους ιατρούς του νοσοκομείου, να κανονίσουν μια συνάντηση ώστε να ξεναγήσουν το παιδί στους χώρους του νοσοκομείου και να εξοικειωθεί με την ιδέα της νοσηλείας του.

Ακολούθως οι γονείς πρέπει μόνοι τους να βοηθήσουν το παιδί τους να ξεπεράσει τους φόβους του, σε περίπτωση που η ηλικία του είναι τέτοια που καταλαβαίνει, εξηγώντας του ότι ο πόνος από το τσίμπημα της βελόνας είναι προσωρινός και ότι εκείνοι θα είναι δίπλα του, ώστε να τους κρατάει το χέρι αν θέλει σε περίπτωση που φοβάται, ούτως ώστε να αισθάνεται ασφαλής. Επίσης να παροτρύνουν το παιδί να ρωτάει ότι θέλει και να μην φοβάται να εκφράσει τους φόβους και τα συναισθήματά του, και να το διαβεβαιώσουν, ότι μετά απ' όλα αυτά, θα μπορεί να παίζει με τους φίλους του και να τρώει τις αγαπημένες του λιχουδιές.

Συμπερασματικά αν οι γονείς αντιληφθούν τον καθοριστικό ρόλο που παίζουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παιδιού, τότε μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να μάθει και να αποκτήσει εφόδια, ώστε μέσα από αυτή την εμπειρία να μπορέσει να αποκτήσει δύναμη και να ανταπεξέλθει καλύτερα.^{17,18}

Κεφάλαιο 5^ο

Ψυχολογική προετοιμασία.

5.1 Εισαγωγή στο νοσοκομείο παιδών.

Η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο, αποτελεί μια κατάσταση η οποία μεταβάλλει την καθημερινότητα, δημιουργεί φόβο και ανασφάλεια τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στους γονείς του. Ωστόσο με τη σωστή προετοιμασία της οικογένειας και τους κατάλληλους χειρισμούς από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να αποβεί μια θετική εμπειρία, απ' όπου το παιδί θα έχει αποκτήσει αυτοεκτίμηση και ωριμότητα ώστε να παραμερίζει τους φόβους του. Το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου παιδών οφείλει να χρησιμοποιήσει όλα τα μέσα που διαθέτει, ώστε να εμπνεύσει εμπιστοσύνη, σεβασμό και εκτίμηση στην οικογένεια που εισέρχεται στο νοσοκομείο με το άρρωστο παιδί της. Τα προσόντα που πρέπει να έχει ένας παιδιατρικός νοσηλευτής είναι ισχυρή προσωπικότητα, συναισθηματική σταθερότητα, άριστη επαγγελματική δεξιότητα, αποφασιστικότητα, καλή επικοινωνία και ικανότητα αναγνώρισης των αναγκών παιδιού-γονέων, ώστε να μπορέσει να ελαχιστοποιήσει τους φόβους τους και να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης.

Η προετοιμασία του παιδιού για την επικείμενη νοσηλεία του, ξεκινάει με την ειλικρινή απάντηση στις απορίες του, από τους γονείς και το προσωπικό, με απλό και κατανοητό τρόπο ώστε να είναι σαφείς, ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Το παιδί χρειάζεται ειδική μεταχείριση από τον νοσηλευτή/τρια για να προσαρμοστεί, να αποδεχθεί και να συνεργαστεί μέσα στο χώρο του νοσοκομείου. Η φροντίδα πρέπει να είναι ολιστική και να ανταποκρίνεται στο σύνολο των ψυχοσωματικών αναγκών του.^{4,17,18,23}

5.2 Η προσέγγιση του παιδιού.

Η παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο προκαλεί ψυχολογικό σοκ που επιβαρύνει την ψυχολογική του κατάσταση, διότι διακατέχεται από αρνητικά συναισθήματα όπως φόβος, άγχος, στρες ανασφάλεια και εγκατάλειψη από τους γονείς τους. Η εκδήλωση όλων αυτών των συναισθημάτων διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία τους κάθε παιδιού, όσο πιο μικρό είναι το παιδί οι αντιδράσεις είναι πιο έντονες και αφορούν κλάμα, επιθετικότητα, άρνηση λήψης τροφής, νωθρότητα, διαμαρτυρία με φωνές και άρνηση παραμονής του στην κούνια, παλίνδρομη συμπεριφορά υιοθετώντας συνήθειες που είχε σε μικρότερη ηλικία, δυσκολία στον ύπνο και βίωμα εφιαλτών.

Η φροντίδα του παιδιού αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα που επηρεάζει στην νοσηλευτική διεργασία και την εξέλιξη της θεραπείας μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον, γι' αυτό πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ότι:

- Το κάθε παιδί είναι μια ξεχωριστή οντότητα, η οποία έχει διαφορετικές βασικές ανάγκες, διαφορετική προσωπικότητα, συμπεριφορά και μηχανισμούς άμυνας.
- Οι αντιδράσεις των παιδιών ποικίλουν ανάλογα με το πνευματικό τους επίπεδο και την ηλικία τους.
- Ο παιδικός οργανισμός είναι ευαίσθητος, γι' αυτό πρέπει να τηρεί αυστηρά τις βασικές αρχές της νοσηλευτικής και τις ιατρικές οδηγίες.
- Πρέπει να λαμβάνονται μέτρα προστασία των παιδιών, λόγω επιρρέπειάς τους στα ατυχήματα.
- Η δημιουργία θετικής σχέσης με το παιδί εξασφαλίζει την συνεργασία του με το προσωπικό.
- Η επικοινωνία με τα παιδιά πρέπει να γίνεται με διαφορετικό τρόπο απ' ό τι με τους ενήλικους.
- Η εφαρμογή παιχνιδιού κατά την διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας επιτυγχάνει την απόσπαση της προσοχής του παιδιού ώστε να ξεχάσει τον πόνο που προκλήθηκε.
- Η σχέση εμπιστοσύνης βοηθάει ώστε το παιδί να συνδέσει την νοσηλευτική φροντίδα με πράξεις περιποίησης που του προσφέρουν άνεση, ευχαρίστηση, ευφορία ή και διασκέδαση, και όχι με κάτι που του προκαλεί αρνητικά συναισθήματα φόβου, δυσχέρεια και άγχους.
- Η σχέση νοσηλευτή-παιδιού πρέπει να στηρίζεται σε αμοιβαίο σεβασμό και κατανόηση.
- Ο νοσηλευτής-τρια αντικαθιστά στην μητέρα κατά την διάρκεια της φροντίδας του μέσα στο νοσοκομείο.

Η αποτελεσματική προσέγγιση του παιδιού, ώστε να μπορέσει να εκφράσει τα συναισθήματα του, επιτυγχάνεται μέσω του θεραπευτικού παιχνιδιού είτε από τους γονείς του είτε από το νοσηλευτικό προσωπικό. Το παιχνίδι χρησιμοποιείται επίσης ως μέσο διδασκαλίας και μέθοδος επικοινωνίας για την επίτευξη κάποιου θεραπευτικού σκοπού. Εντοπίζεται, έτσι, η αιτία που προκαλεί την αρνητική στάση του παιδιού, μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον και γίνεται προφανής ο λόγος που προκαλεί τον φόβο και την αμφιβολία. Ακόμη το θεραπευτικό παιχνίδι περιλαμβάνει την ανταλλαγή ρόλων, όπου η γονείς ή ο νοσηλευτής παίρνουν την θέση του άρρωστου και το παιδί την θέση του νοσηλευτή, βοηθώντας ώστε το παιδί να

αντιληφθεί την διαδικασία που θα ακολουθήσει κατά την διάρκεια της νοσηλείας του, την παρουσίαση εικόνων από τους χώρους του νοσοκομείου σε συνδυασμό με μια ιστορία, καθώς επίσης και το κουκλοθέατρο με πρωταγωνιστή το αγαπημένο του αντικείμενο στην θέση του άρρωστου επίσης βοηθάει στην προσέγγιση του προβλήματος που απασχολεί το παιδί.

Η προσαρμογή του παιδιού στο νοσοκομειακό περιβάλλον επιτυγχάνεται με την ιδιαίτερη προσοχή του νοσηλευτή-τρια στα παρακάτω σημεία:

- Ερμηνεία όλων των ερωτημάτων του παιδιού.
- Ενημέρωση του παιδιού από τον νοσηλευτή-τρια, σε απλή και κατανοητή γλώσσα, για κάθε νοσηλευτική πράξη που πρόκειται να ακολουθήσει.
- Εξασφάλιση άνετου χώρου, με πρόσβαση σε εκπαιδευτικά, ψυχαγωγικά και παιδαγωγικά μέσα που θα προάγουν την συνεχή απασχόληση του.
- Συνεχή παρουσία, τουλάχιστον, του ενός γονέα.
- Εξασφάλιση κλίματος εμπιστοσύνης.
- Ενθάρρυνση έκφρασης των συναισθημάτων του.
- Επιβράβευση όταν συνεργάζεται κατάλληλα με το νοσηλευτή-τρια και τους γονείς.
- Προτροπή συμμετοχής του παιδιού στην διαδικασία της νοσηλείας.^{17,22,24}

5.3 Προετοιμασία για την εισαγωγή.

Στην προγραμματισμένη εισαγωγή για χειρουργική επέμβαση, είναι σημαντική η προετοιμασία του παιδιού ηλικίας άνω των 3 χρόνων και περιλαμβάνει είτε ενημερωτικά φυλλάδια, είτε προφορική ενημέρωση και συμβουλές από τους γονείς. Το παιδί χρειάζεται μια σύντομη και απλή περιγραφή της επέμβασης, σε περίπτωση όπου θα αφαιρεθεί κάτι να το κάνουμε να καταλάβει πως δεν είναι απαραίτητο και να το διαβεβαιώσουμε πως δεν θα καταλάβει τίποτα. Όπως προαναφέραμε η ειλικρίνεια είναι σημαντική για να δημιουργηθεί μια καλή σχέση εμπιστοσύνης, ανάμεσα στον νοσηλευτή-τρια και το παιδί, γι' αυτό πρέπει το ενημερώσουμε πως μετά την επέμβαση θα πονάει λίγο για λίγες ημέρες, όμως θα μπορούν να επιστρέψουν στο σπίτι τους σύντομα. Οι πιθανές αιτίες φόβου πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα και να δίνεται έμφαση στα θετικά σημεία όλη της διαδικασίας.

Η περιοχή και το είδος της χειρουργικής επέμβασης όπως στα γεννητικά όργανα και σε στόμια του σώματος, είναι πιθανόν να προκαλέσουν συναισθηματική αναστάτωση στο παιδί άνω των δύο ετών, σε σύγκριση με άλλες επεμβάσεις παρόμοιας βαρύτητας και γι' αυτό η παρουσία του ενός ή και των δύο γονέων είναι απαραίτητη στο παιδί. Μεγάλα πλεονεκτήματα έχουν και οι επεμβάσεις χωρίς νοσηλεία, διότι ελαχιστοποιούνται οι

ψυχολογικές επιπτώσεις που δημιουργεί το ξένο περιβάλλον του νοσοκομείου στο παιδί. Σε παιδιά ενός έως τριών ετών παρατηρείται, πως η διαταραχή της συμπεριφοράς τους έχει περιοριστεί στα χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας. Η καταλληλότητα εφαρμογής της επεμβάσεις ημερήσιας νοσηλείας εξαρτάται από την στάση των γονέων, τους οικονομικούς παράγοντες και την κατάσταση του ασθενή.

Η καθιέρωση ενημερωτικών επισκέψεων, από γονείς και παιδιά στα νοσοκομεία παιδών, αποτελούν μια μέθοδο η οποία μειώνει τα προβλήματα που παρουσιάζουν τα παιδιά κατά την παραμονή τους στον χώρο του νοσοκομείου. Το προσωπικό του νοσοκομείου αναλαμβάνει την ξενάγηση τους στον χώρο του νοσοκομείου φροντίζοντας να δουν όλα με τμήματα του νοσοκομείου, από την αίθουσα υποδοχής μέχρι τους θαλάμους όπου θα φιλοξενηθεί. Έπειτα έχοντας το αίσθημα ασφάλειας των γονιών, ξεναγούν το παιδί στο χειρουργείο και τον θάλαμο ανάνηψη, εξηγώντας παράλληλα τι πρόκειται να συμβεί με την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο. Με αυτόν τον τρόπο το παιδί εισέρχεται στο νοσοκομείο, προετοιμασμένο και με λιγότερες απορίες, γνωρίζει τι πρόκειται να συμβεί και ο χρόνος ανάρρωσης φαίνεται μειώνεται σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει. Οι παρουσίες των γονιών είναι εξίσου σημαντική, διότι τα παιδιά θέλουν να έχουν την έγκριση των γονέων, ώστε να νιώθουν ασφάλεια κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους.^{4,17,18,22}

5.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την χειρουργική επέμβαση.

Επιβαρυντικό παράγοντα στην ψυχολογική κατάσταση του παιδιού και των γονέων, αποτελεί και η αναισθησία κατά την διάρκεια του χειρουργείου, η οποία αποτελεί πηγή φόβου και ανησυχίας. Η αποτελεσματική χορήγηση των φαρμάκων της προνάρκωσης, η σωστή χορήγηση υπνωτικών και αναλγητικών μετά την επέμβαση, βοηθούν στον περιορισμό του μετεγχειρητικού άλγους και μειώνουν τα συμπτώματα δυσφορία που δημιουργεί η μετεγχειρητική νοσηλεία. Με την βοήθεια των αναλγητικών η κινητοποίηση του παιδιού μετά μια χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι και εντός εικοσιτετραώρου, έτσι παραμένει λιγότερες ώρες στο κρεβάτι και μπορεί να παίξει με παιχνίδια χωρίς να παρουσιάζονται επιπλοκές. Ο χώρος του παιχνιδιού δεν είναι απαραίτητος, διότι τα παιδιά που μπορούν να βαδίσουν μέχρι την τουαλέτα ή τον χώρο του παιχνιδιού μπορούν να πάρουν εξιτήριο. Το παιδί είναι αυτό που θα καθορίσει τον ρυθμό της ανάρρωσης του, καθώς το περιβάλλον είναι αυτό που το επηρεάζει το χρόνο κινητοποίησης του. Ένα ζεστό φωτεινό περιβάλλον με παιχνίδια ή τηλεόραση δρα ως ενθαρρυντικός παράγοντας ώστε τα παιδιά που αισθάνονται καλά να κινητοποιηθούν γρηγορότερα. Η βραχεία μνήμη του παιδιού απέναντι στα δυσάρεστα γεγονότα, η αισιοδοξία, η απελευθέρωση και η ικανότητα γρήγορης ανάρρωσης

του, είναι δυνατόν να μετατρέψουν την πιο σύνθετη θεραπευτική μέθοδο σε μια απλή διαδικασία, αρκεί να υπάρχει και ο κατάλληλος χειρισμός από το προσωπικό του νοσοκομείου. Η γονείς του παιδιού, θα πρέπει να είναι ενήμεροι για της διαταραχές που μπορεί να παρουσιάσει το παιδί, ακόμη και δύο μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Αυτές οι διαταραχές είναι προσωρινές και μειώνεται η διάρκειά τους όταν υπάρχει κατανόηση και υποστήριξη του παιδιού από τους γονείς, αφορούν αυξημένη εξάρτηση από τους γονείς, ανασφάλεια, και διαταραχές στον ύπνο.

Η χειρουργική επέμβαση επηρεάζεται από παράγοντες οι οποίοι μπορούν να την αναβάλουν ή να την επισπεύσουν. Οι παράγοντες που ευνοούν στην αναβολή μια χειρουργικής επέμβασης αφορούν την πιθανότητα αυτόματης ίασης, την ηλικία του παιδιού για παράδειγμα η κρυπορχία και τα αμφίβολα γεννητικά όργανα αποτελούν καταστάσεις όπου αντιμετωπίζονται καλύτερα μεταξύ 6-12 μηνών απ' ό τι στην νεογνική περίοδο, η ανάπτυξη του παιδιού αποτελεί ένα ακόμη παράγοντα αναβολής της επέμβασης σε ορισμένες περιπτώσεις και τέλος η συνυπάρχουσα ανωμαλία ή παρουσίαση λοίμωξης του οργανισμού την περίοδο της επέμβασης.

Αντίθετα υπάρχουν παράγοντες που προάγουν την χειρουργική επέμβαση. Αυτοί οι παράγοντες αφορούν την επιβάρυνση της ψυχολογικής κατάστασης του παιδιού, η οποία αποφεύγεται, με την ολοκλήρωση της θεραπείας, πριν από την έναρξη της σχολικής ηλικίας του παιδιού όπου αρχίζει η κοινωνικοποίηση του. Η μείωση του άγχους των γονέων και η ανεπτυγμένη ικανότητα ανάπλασης των βρεφικών ιστών αποτελούν επίσης παράγοντες του προάγουν την χειρουργική επέμβαση.^{21,23}

5.5 Αντιμετώπιση γονέων.

Οι γονείς που προσέρχονται στο νοσοκομείο είναι φοβισμένοι, αγχωμένοι και ενοχικοί, διότι δεν γνωρίζουν τι ακριβώς συμβαίνει και θεωρούν ότι έκαναν λάθος στην φροντίδα του παιδιού τους. Η εμπειρία συναισθημάτων όπως αγωνία, φόβος, απελπισία, απόγνωση και ο αποχωρισμός από το παιδί, δημιουργούν αρνητικό κλίμα και η συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό γίνεται δυσκολότερη. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο, πως η καλή συνεργασία γονιών – νοσηλευτή, είναι απαραίτητη ώστε να γίνει ευκολότερη η προσέγγιση του παιδιού μέσα στο ξένο χώρο του νοσοκομείου. Οι γονείς που έρχονται στο νοσοκομείο, συνοδεύοντας τα παιδιά τους διακρίνονται στους υπεύθυνους, τους αγχώδεις και τους αδιάφορους γονείς. Η πλειοψηφία αυτών που έρχονται στο νοσοκομείο είναι αγχώδεις, και το άγχος τους προκαλείται από την ελλιπή πληροφόρηση τους, σχετικά με την αρρώστια του παιδιού τους.

Οι γονείς θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι ώστε να μπορούν να ελέγξουν τις αντιδράσεις και τα συναισθήματα τους, κατά την διάρκεια όλων των διαδικασιών. Η συναισθηματική σταθερότητα των γονιών, μειώνει τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν τα παιδιά κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και βελτιώνει τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ τους. Η ενημέρωση των γονιών σχετικά με την εξέλιξη της κατάστασης του παιδιού, είναι αρμοδιότητα του ιατρικού προσωπικού. το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την ενημέρωση των γονέων σε θέματα που αφορούν την νοσηλευτική φροντίδα του παιδιού, καθώς επίσης οφείλουν να παρέμβουν ώστε να καθοδηγήσουν και να στηρίξουν ψυχολογικά, τόσο τους γονείς όσο και το άρρωστο παιδί, ώστε να μπορέσουν να επεξεργαστούν και να λύσουν τα προβλήματα που τους απασχολούν. Όπως αναφέραμε παραπάνω, η σχέση εμπιστοσύνη παίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της νοσηλείας του παιδιού. Η συνεχής παρουσία των γονέων και η διανυκτέρευση τους μαζί με το παιδί στο νοσοκομείο, προσδίδει ασφάλεια ιδιαίτερα το πρώτο εικοσιτετράωρο. Η παρουσία του είναι σημαντική ώστε το παιδί να μπορέσει να επεξεργαστεί, να αφομοιώσει και να αποδεχθεί την πιθανότητα παραμονής του μέσα στο νοσοκομείο. Όσο καλύτερα προετοιμάζεται το παιδί, πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, τόσο καλύτερα ανταπόκριση έχει κατά την διάρκεια όλης της διαδικασίας. Η ειλικρίνεια είναι το μόνο όπλο που χρειάζονται οι γονείς ώστε να εξηγήσουν στο παιδί τους, με απλό και κατανοητό τρόπο την διαδικασία της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι επίδεσμοι, τα σωληνάκια που θα συνδέονται πάνω του, τα άλλα άρρωστα παιδιά μέσα στο νοσοκομείο αποτελούν μέρος της ενημέρωσης του παιδιού.

Η προετοιμασία του παιδιού πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, περιλαμβάνει πληροφορίες που περιγράφουν την εμπειρία που πρόκειται να βιώσει μέσα στο νοσοκομείο. Το παιδί πρέπει να γνωρίζει ότι ορισμένες νοσηλευτικές ή ιατρικές πράξεις θα του προκαλέσουν πόνο, ο οποίος θα είναι προσωρινός, και σκοπός των μελών του νοσοκομείου είναι να γίνει καλά. Η διαβεβαίωση του παιδιού για την στήριξη του, σε κάθε διαδικασία που θα υποβληθεί, υπέρηχο, ένεση, φλεβοκέντηση, αιμοληψία κ.α, είναι σημαντική ώστε το παιδί να νιώθει άνεση και να είναι σίγουρο πως και οι γονείς είναι βέβαιοι για την ορθότητα των πράξεων του προσωπικού του νοσοκομείου. Η αναισθησία είναι άλλο ένα κομμάτι που το παιδί θα πρέπει να είναι ενήμερο, σχετικά με την μυρωδιά του αιθέρα ή του αερίου, την μάσκα που θα του φορέσουν και το κρεβάτι που θα το ξαπλώσουν. Το αίσθημα σιγουριάς και εμπιστοσύνης καθ' όλη την διάρκεια του χειρουργείου είναι σημαντική για το παιδί, η υπενθύμιση της παρουσία των γονιών στον χώρο πριν την αναισθησία και η ουσιαστική παρουσία των γονιών κατά την διάρκεια της ανάνηψης είναι σημαντική για την ελαχιστοποίηση των ψυχικών μεταβολών του παιδιού.^{17,18,23,24}

5.6 Η συνεργασία γονέων- νοσηλευτή.

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να προσεγγίσει το παιδί ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του, όμως για να αποκτήσει πρόσβαση στο χώρο του παιδιού χρειάζεται την έγκριση των γονέων του. Οι γονείς που προσέρχονται στο νοσοκομείο αγχωμένοι, δεν αφήνουν το περιθώριο λάθους, και απαιτούν ο πρώτος άνθρωπος που θα τους συναντήσει να είναι σε θέση να δώσει λύση στο πρόβλημά τους. Η πρώτη επαφή των γονέων με το νοσηλευτή-τρια, καθορίζει την μετέπειτα σχέση τους και επομένως το επίπεδο της συνεργασίας τους, διότι κατά την διάρκεια της νοσηλείας του παιδιού ο νοσηλευτής φέρει την ευθύνη για την φροντίδα του. Ουσιαστικά ο νοσηλευτής αναλαμβάνει τον ρόλο του γονέα, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου το παιδί χρειάζεται να είναι απομονωμένο, είτε σε περίπτωση όπου χρειάζεται εντατική φροντίδα. Επομένως ο νοσηλευτής, όπως αναφέραμε παραπάνω, οφείλει να έχει ισχυρή προσωπικότητα, συναισθηματική σταθερότητα, άριστη επαγγελματική δεξιότητα, αποφασιστικότητα, καλή επικοινωνία και ικανότητα αναγνώρισης των αναγκών γονέων-παιδιού, ώστε να εμπνεύσει εμπιστοσύνη, σεβασμό και εκτίμηση στην οικογένεια που εισέρχεται στο νοσοκομείο. Με αυτόν τον τρόπο οι γονείς διαβεβαιώνονται για την ικανότητα των ατόμων να φροντίσουν το παιδί τους, και αφήνουν το περιθώριο στον νοσηλευτή να κάνει τη δουλειά του ανενόχλητος. ^{4,23, 24}

5.7 Έξοδος από το νοσοκομείο.

Η έξοδος του παιδιού από το νοσοκομείο αποτελεί μια χαρμόσυνη είδηση τόσο για το παιδί όσο και για την οικογένεια του, γι' αυτόν τον λόγο ο στόχος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι να αποκαταστήσει την υγεία του το συντομότερο δυνατό. Η προετοιμασία εξόδου του παιδιού από το νοσοκομείο περιλαμβάνει την αξιολόγηση της κλινικής του κατάστασης, την διδασκαλία του αρρώστου και των γονέων του και την εκπαίδευση της φροντίδας του από τους γονείς. Μαζί με το εξιτήριο πρέπει να δίνονται στους γονείς οδηγίες σχετικά με την μετεγχειρητική φροντίδα, την φαρμακευτική αγωγή, καθώς επίσης τα σημεία και τα συμπτώματα που θα πρέπει να του ανησυχίσουν. ^{4,23}

Αναλυτικότερα ο υπεύθυνος ιατρός, πρέπει εκτιμήσει αν το παιδί είναι έτοιμο να φύγει από το περιβάλλον του νοσοκομείου, που το προσφέρει την φροντίδα που απαιτείται. Η προετοιμασία των γονέων και του παιδιού, ώστε να είναι έτοιμοι για την φροντίδα του αρρώστου στο σπίτι, θα πρέπει να γίνει με γνώμονα τις ανάγκες και το γνωστικό επίπεδο τους. Η εξασφάλιση ενός υγιούς περιβάλλοντος για τον άρρωστο παιδί, βοηθάει στην γρήγορη αποκατάσταση της υγείας του, την ελαχιστοποίηση τραυματισμών και την

βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του παιδιού μετά την χειρουργική επέμβαση. Ακόμη οι γονείς πρέπει να λάβουν γνώσεις σχετικά με την φροντίδα του χειρουργικού τραύματος ώστε να μειώσουν τις πιθανότητες παρουσίασης μόλυνσεως. Τέλος η ψυχολογική υποστήριξη του παιδιού, και η χρήση του παιχνιδιού ως θεραπευτικό μέσο χρειάζεται να συνεχιστεί, ώστε να προάγουν η γονείς την επανένταξη του παιδιού στον κοινωνικό περίγυρο και την ταχύτερη αποκατάσταση της υγείας του. ^{4,18}

5.8 Περιποίηση του τραύματος κατ' οίκον

Η εκπαίδευση της οικογένεια για την περιποίηση του τραύματος περιλαμβάνει:

- Την χρήση άσηπτης τεχνική, και την αποτροπή της επαφής του τραύματος και του επιδεσμικού υλικού με τα χέρια.
- Επιλογή του κατάλληλου υλικού, ώστε να τους διευκολύνει στην περιποίηση του τραύματος.
- Συγκέντρωση υλικού.
- Τρόπους προφύλαξης του άσηπτου υλικού.
- Την εκμάθηση της διαδικασίας και την μεθόδου αλλαγής του τραύματος, και την επίδειξη των γονέων υπό την επίβλεψη του νοσηλευτή.
- Την επισήμανση σημείων που οφείλουν να ενημερώσουν τον γιατρό όπως ερυθρότητα, εκροή υγρού, δύσοσμο τραύμα, οίδημα, ευαισθησία, κ.α.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι βέβαιος για την ικανότητα των γονέων για την φροντίδα του τραύματος, την κατανόηση των οδηγιών, τις γνώσεις σχετικά με την επούλωση του τραύματος, το επιδεσμικό υλικό και τους τρόπου προμήθειας του. Η επικοινωνία με τους γονείς από το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι ανοιχτή, ώστε οι γονείς να έχουν την άνεση να επικοινωνούν και να συμβουλευούνται το προσωπικό. ^{4,25}

Κεφάλαιο 6^ο

Νοσηλευτική παρέμβαση

6.1 Εισαγωγή

Η νοσηλευτική είναι η επιστήμη που στοχεύει στην προαγωγή της υγείας, στην πρόληψη, στην αντιμετώπιση της ασθένειας και την αποκατάσταση της υγείας. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποτελούν δεξιότητες, που έχουν σαν στόχο την αποκατάσταση και την διατήρηση της υγείας του ατόμου, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει την αυτονομία του. Η ανάπτυξη μεθοδικού τρόπου σκέψης και εκτέλεσης των νοσηλευτικών πράξεων που βασίζονται στην επιστημονική μεθοδολογία (βήμα προς βήμα), αποτελεί την νοσηλευτική διεργασία. Τα στοιχεία που συνθέτουν την νοσηλευτική διεργασία είναι η εκτίμηση της κατάστασης, η νοσηλευτική διάγνωση, ο προγραμματισμός επίλυσης των προβλημάτων, εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και η αξιολόγηση του αποτελέσματος. Ο νοσηλευτής οφείλει να έχει την ικανότητα να διαχειρίζεται καταστάσεις, να είναι αμερόληπτος και να έχει διάθεση να βοηθήσει.²⁰

Η φροντίδα των ασθενών που πρόκειται να χειρουργηθούν αποτελείται από την προεγχειρητική, την περιεγχειρητική και την μετεγχειρητική φροντίδα. Στην παιδοχειρουργική νοσηλευτική οι φάσεις αυτές είναι ίδιες με αυτές των ενηλίκων, με την μόνη διαφορά στην προσέγγιση του παιδιού, όπως ήδη έχουμε αναφέρει στο προηγούμενο κεφάλαιο, ώστε η εμπειρία της νοσηλείας και της χειρουργικής επέμβασης να μην αποτελέσουν τραυματική εμπειρία για το παιδί.^{21,24}

6.2 Προεγχειρητική φροντίδα αρρώστου.

Η προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει την σωματική και ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή για την επικείμενη επέμβαση. Η λήψη ενός ολοκληρωμένου ιστορικού, βοηθάει ουσιαστικά στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή πριν το χειρουργείο και αποκαλύπτει τους παράγοντες υψηλού κινδύνου εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών. Αξίζει να σημειωθεί πως η παρουσία των γονιών για την λήψη ενός πλήρους ιστορικού, είναι απαραίτητη, διότι τα παιδιά δεν είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να κρίνουν ποιες πληροφορίες είναι χρήσιμες. Η αφαίρεση πρόσθετων αντικειμένων όπως κοσμήματα, γυαλιά, αγαπημένα παιχνίδια, είναι απαραίτητη, όπως απαραίτητη είναι και η παρουσία των γονιών μέχρι το πρώτο στάδιο της αναισθησίας ώστε να μην δημιουργηθεί στρες στο παιδί και η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Ουσιαστική σημασία έχει και ο προεγχειρητικός έλεγχος ώστε να ληφθούν πληροφορίες απαραίτητες, για τον σχεδιασμό και την παροχή

εξατομικευμένης φροντίδας στον ασθενή. Τέλος ο χειρουργός ιατρός οφείλει να λάβει την γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου ή των κηδεμόνων αυτού, ώστε να εκτελέσει την χειρουργική επέμβαση.

Η προνάρκωση είναι ακόμη μια προεγχειρητική πράξη η οποία περιλαμβάνει τη χορήγηση αναλγητικών για την πρόληψη του πόνου , αντιισταμινικών –αντιεμετικών για την πρόληψη αλλεργιών και εισρόφησης γαστρικού περιεχόμενου, αντιχολινεργικών για την μείωση των εκκρίσεων και ήπιων κατασταλτικών για προαγωγή της ηρεμίας.

Η αναισθησία χρησιμοποιείται για την πρόληψη του πόνου, την επίτευξη μυϊκής χάλασης, την μείωση του στρες και την απώλεια μνήμης της δυσάρεστης εμπειρίας.

Με τον όρο περιεγχειρητική φροντίδα αναφερόμαστε στην φροντίδα του ασθενή από την στιγμή που λαμβάνεται η απόφαση για την χειρουργική επέμβαση, μέχρι και την στιγμή της ανάνηψης και της εξόδου του από το χειρουργείο. Ο νοσηλευτής που ασχολείται με την περιεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου, σκοπό έχει την καλύτερη ψυχολογική, σωματική και φυσική προεγχειρητική κατάσταση του αρρώστου , την μείωση των κινδύνων λοίμωξης και την πρόληψη των επιπλοκών. Ακόμη μια ευθύνη του περιεγχειρητικού νοσηλευτή είναι ο έλεγχος της αίθουσας του χειρουργείου, η παρατήρηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που συμμετέχει στην χειρουργική επέμβαση, η λήψη του ιστορικού και όλων των απαραίτητων εγγράφων όπως η συγκατάθεση για την διεξαγωγή της επέμβασης, η εξακρίβωση των στοιχείων του αρρώστου, η παροχή εργαλείων που χρειάζονται στην επέμβαση με άσηπτη τεχνική και η καταμέτρηση γαζών, βελόνων και νυστεριών μαζί με τον νοσηλευτή εργαλειοδότη, ώστε να είναι σίγουρος για την πληρότητα του υλικού. Ακόμη είναι υπεύθυνος ώστε να συμπληρώσει το προεγχειρητικό δελτίο και να σημειώνει την ώρα έναρξης και λήξης της χειρουργικής επέμβασης.^{21, 22, 23,24}

6.3 Μετεγχειρητική φροντίδα αρρώστου.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αφορά την φροντίδα του ασθενή από την ανάνηψη μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο. Η μετεγχειρητική φροντίδα είναι σημαντική για την εξέλιξη της πορείας του ασθενή ώστε να αποκατασταθεί πλήρως και σε μικρό χρονικό διάστημα η υγεία του. Σκοπός του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή κατά την μετεγχειρητική περίοδο, είναι να προλαμβάνει τις επιπλοκές, να ανακουφίζει από τον πόνο, να διακρίνει και να ικανοποιεί της ανάγκες του, και να προάγει την αποκατάσταση της υγείας του.^{21, 22, 23}

6.3.1 Ανάνηψη.

Η διαδικασία της ανάνηψης ξεκινά από τη στιγμή που ο ασθενής αποχωρεί από την χειρουργική αίθουσα και μεταφέρεται στην αίθουσα της ανάνηψης. Η αίθουσα ανάνηψης είναι ένας εξοπλισμένος χώρος, με όλα τα απαραίτητα υλικά και μηχανήματα που είναι αναγκαία ώστε να αντιμετωπισθεί άμεσα οποιαδήποτε επιπλοκή του αρρώστου, μέχρι να σταθεροποιηθούν τα ζωτικά του σημεία και να συνέλθει από την νάρκωση. Με την διαδικασία αυτή ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι των μετεγχειρητικών επιπλοκών, επομένως για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός ο νοσηλευτής της ανάνηψης έχει τις ακόλουθες ευθύνες:

- Καταγραφή της ώρας προσέλευσης του ασθενή στην αίθουσα ανάνηψης.
- Έλεγχο και καταγραφή των ζωτικών σημείων και της γενικής κατάστασης του αρρώστου.
- Διατήρηση της αεροφόρου οδού ανοικτής, διατήρηση του ενδοτραχειακού σωλήνα στη θέση του και πρόληψη εισρόφησης.
- Έλεγχο της λειτουργίας και των συνδέσεων των παροχετεύσεων, όταν αυτές υπάρχουν.
- Παρακολούθηση του επιπέδου συνειδήσεως και των αντανακλαστικών του αρρώστου, καθώς επίσης και την εμφάνιση επιπλοκών.
- Παρακολούθηση της ενδοφλέβιας έγχυσης ορού, αίματος ή παραγώγων.
- Έλεγχο της συσκευής χορήγησης οξυγόνου και της θέσης της μάσκας, και την κατάσταση του δέρματος (ψυχρό – θερμό), το χρώμα των νυχιών και των χειλέων για κυάνωση.^{20,21, 22,24}

6.3.2 Προετοιμασία θαλάμου.

Όταν ο ασθενής αποχωρεί από τον θάλαμο για το χειρουργείο, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να προετοιμάσει τον θάλαμο για την επιστροφή του. Το στρώσιμο του κρεβατιού και ο εξοπλισμός του θαλάμου με το υλικό που θα χρειαστεί για την μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου, όπως μάσκα οξυγόνου, ορών, φαρμάκων αποστειρωμένων γαζών και επιθεμάτων για την περιποίηση του τραύματος, η προετοιμασία του θαλάμου και του προσωπικού για την άφιξη του χειρουργημένου ασθενή μειώνουν το άγχος του προσωπικού και είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν, άμεσα οποιαδήποτε, δυσχέρεια ή επιπλοκή που θα παρουσιάσει ο ασθενής μετεγχειρητικά.^{20, 22, 23}

6.3.3 Επιστροφή αρρώστου στον θάλαμο.

Κατά την επιστροφή του αρρώστου στον θάλαμο μετά το χειρουργείο, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο ώστε να:

- Μετακινηθεί ο άρρωστος στον κρεβάτι του, με ασφαλή τρόπο ώστε να μην επιβαρύνει το χειρουργικό τραύμα.
- Ταυτοποιήσει την ταυτότητα του αρρώστου.
- Τοποθετήσει τον άρρωστο σε άνετη θέση. Συνήθως ενδείκνυται η ύπτια με το κεφάλι στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης, καθιστική και ημικαθιστική.
- Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Ελέγχει την κατάσταση του χειρουργικού τραύματος, το οποίο θα πρέπει να είναι στεγνό και με καθαρές γάζες, καθώς επίσης και την βατότητα της παροχέτευσης σε περίπτωση που έχει τοποθετηθεί με σκοπό να παροχετεύει το τραύμα.
- Εκτιμήσει την γενική του κατάσταση, ελέγχοντας το επίπεδο συνειδήσεως.
- Μετράει και να καταγράφει τον όγκο των αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών, ελέγχοντας με αυτόν τον τρόπο την νεφρική λειτουργία του αρρώστου, την πιθανή αιμορραγία σε περίπτωση απώλειας μεγάλου όγκου υγρών από το τραύμα.
- Ανακουφίζει τον άρρωστο από τον πόνο, χορηγώντας παυσίπονα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Συμβουλεύει και ενθαρρύνει τον άρρωστο να βήχει, να παίρνει βαθιές ανάσες, να αλλάζει συχνά θέση και να κάνει ασκήσεις τα άκρα του.
- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση υγρών του αρρώστου.
- Ενημερώνει την κάρτα νοσηλείας και το διάγραμμα του ασθενή.
- Και ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες.^{20,21,22,23}

6.3.4 Σίτιση του αρρώστου.

Το είδος της επέμβασης καθορίζει τον τρόπο σίτισης του ασθενή μετεγχειρητικά. Με εξαίρεση τις μικροεπεμβάσεις, στις υπόλοιπες επεμβάσεις τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες, συνήθως χορηγούνται ενδοφλέβια διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών, ενώ η σίτιση από το στόμα ξεκινά με υγρά, εκτός κι αν αντενδείκνυται λόγω της χειρουργικής επέμβασης και της γενικής κατάστασης του αρρώστου μετά το χειρουργείο.^{22,23}

6.3.5 Έγερση του αρρώστου.

Οι σύγχρονες ιατρικές μέθοδοι, έχουν την τάση οι ασθενείς να κινητοποιούνται μέσα σε 24-48 ώρες από την επέμβαση με σκοπό:^{22,23}

- Την πρόληψη των επιπλοκών που περιγράφονται παρακάτω.
- Μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.

- Σίτιση και κινητοποίηση του εντέρου σε συντομότερο χρονικό διάστημα.
- Μείωση του χρόνου νοσηλείας του αρρώστου.

Ο νοσηλευτής κατά την έγερση του ασθενή οφείλει να:

- Ελέγξει την γενική κατάσταση του αρρώστου και να πάρει τα ζωτικά σημεία του.
- Ενημερώσει τον ασθενή για την διαδικασία που θα ακολουθήσει και τους λόγους για τους οποίους γίνεται αυτό.
- Προετοιμάσει τον χώρο του δωματίου, εξασφαλίζοντας καρέκλα σε κοντινή απόσταση από το κρεβάτι και την απομάκρυνση αντικειμένων που θα δυσκολέψουν την κίνηση του στον χώρο, ώστε να προληφθεί ο τραυματισμός του αρρώστου.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Δίνουμε στον άρρωστο καθιστική θέση πάνω στο κρεβάτι είτε ανεβάζοντας την πλάτη του κρεβατιού είτε ενημερώνοντας τον ώστε να κρατηθεί από τις χειρολαβές
- Στη συνέχεια τον περιστρέφουμε ώστε τα πόδια του να είναι κρεμασμένα στο πλάι του κρεβατιού και τον βοηθάμε να ντυθεί.
- Δεν απομακρυνόμαστε από τον άρρωστο, ελέγχουμε την γενική του κατάσταση, αν ζαλίζεται τον επιστρέφουμε στην προηγούμενη θέση του αλλιώς στον βοηθάμε να σηκωθεί όρθιος ή να βαδίζει ή να καθίσει στην καρέκλα .
- Ελέγχουμε την λειτουργία των παροχετεύσεων, τον ρυθμό ροής των ορών.
- Φροντίζουμε ώστε ο άρρωστο να μην εκτίθεται σε ρεύματα αέρα και η θέση του να είναι αναπαυτική.
- Λαμβάνουμε τα ζωτικά σημεία, παρακολουθούμε τον ασθενή και βεβαιωνόμαστε ότι αισθάνεται καλά.
- Βοηθάμε τον άρρωστο να ξαπλώσει στο κρεβάτι του.

6.3.6 Μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Η συνεχή παρακολούθηση του αρρώστου είναι καθοριστική, ώστε να εντοπιστεί έγκαιρα οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση της υγείας του. Ο έγκαιρος προσδιορισμός της επιπλοκή που παρουσιάζει ο άρρωστος, ευνοεί την αποτελεσματική αντιμετώπιση της. Οι κυριότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές αφορούν:^{22,23}

- Αιμορραγία – shock.

- Πνευμονική εμβολή.
- Ατελεκτασία.
- Παραλυτικό ειλεό.
- Γαστροπληγία.
- Διαπύση τραύματος.
- Θρομβοφλεβίτιδα.
- Κατακράτηση ούρων – ουρολοίμωξη.
- Διάσπαση τραύματος – εκσπλάγχνωση.
- Διαταραχή ισοζυγίου υγρών.

6.3.6.1 Συμπτώματα και νοσηλευτική παρέμβαση.

Η αναγνώριση των συμπτωμάτων, βοηθάει στην άμεση αντιμετώπιση της επιπλοκής καθώς επίσης και στην πρόληψη της.^{22,23,24}

Αιμορραγία - shock: η μείωση της αρτηριακής πίεσης, η αύξηση των σφυγμών, το ψυχρό και υγρό δέρμα και η μειωμένη αποβολή των ούρων

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Χορηγηθεί αίμα ή παράγωγα του στον άρρωστο.
- Σταματήσει η αιμορραγία του τραύματος σε περίπτωση που η απώλεια αίματος είναι από εκεί.
- Να τοποθετήσει τον άρρωστο σε θέση ύπτια με τα κάτω άκρα σε υψηλότερο επίπεδο από αυτό της κεφαλής.
- Χορηγηθούν φάρμακα που αυξάνουν την αρτηριακή πίεση, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Μετράει συχνά και να καταγράφει τα ζωτικά σημεία.
- Εξασφαλίζει επαρκούς αερισμού στον άρρωστο, με χορήγηση O₂.

Πνευμονική εμβολή: δύσπνοια, άγχος, θωρακικό άλγος, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, κύανωση, βήχας και αιματηρά πτύελα.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Ελαστικές κάλτσες που προλαμβάνουν την θρομβοφλεβίτιδα.
- Επαρκή πρόσληψη υγρών.

- Προαγωγή της κινητικότητας του ασθενή και συμβουλή συχνής αλλαγής της θέσης του στο κρεβάτι.
- Προληπτική χορήγηση αντιπηκτικού φαρμάκου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

Ατελεκτασία: δύσπνοια και μειωμένοι αναπνευστικοί ήχοι κατά την ακρόαση.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Άμεση κινητοποίηση του αρρώστου.
- Χρήση αναπνευστικού σπιρόμετρου.
- Προτροπή του ασθενή να βήχει και να παίρνει βαθιές ανάσες.

Παραλυτικός ειλεός: απουσία εντερικών ήχων 24 με 36 ώρες μετά την χειρουργική επέμβαση.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Παρακολούθηση των εντερικών ήχων.
- Διακοπή της σίτισης μέχρι την επάνοδο των εντερικών ήχων.
- Προτροπή του ασθενή ώστε να κινητοποιηθεί

Διαπύση τραύματος : ερυθρότητα, πόνος, οίδημα, θερμότητα, εκροή υγρού, πυρετός, αυξημένα επίπεδα λευκοκυττάρων, ταχυκαρδία και ταχύπνοια.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Χρήση άσηπτης τεχνικής για την φροντίδα του τραύματος.
- Παροχή επαρκούς θρέψης και υγρών στον ασθενή.
- Ενθάρρυνση για κινητοποίηση

Θρομβοφλεβίτιδα : πόνος, οιδηματώδης και θερμή κνήμη, πιθανός πυρετός.

Νοσηλευτική παρέμβαση.

- Εκμάθηση και εφαρμογή ασκήσεων των κάτω άκρων του αρρώστου.
- Προαγωγή της κινητικότητας του αρρώστου.
- Χρήση ελαστικών καλτσών.
- Επαρκής ενυδάτωση.

Κατακράτηση ούρων: γεμάτη ουροδόχος κύστη και αδυναμία ούρησης.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Ψηλάφηση της ουροδόχου κύστης.
- Ενθάρρυνση για ενούρηση ή τοποθέτηση καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης.

- Χορήγηση φαρμάκων που προάγουν την ενούρηση σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

Ουρολοίμωξη : δυσουρία, συχνουρία, δύσοσμα και θολά ούρα.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Αύξηση προσλαμβανόμενων υγρών.
- Ενθάρρυνση για συχνή εκκένωση της ουροδόχου κύστη του αρρώστου.
- Χρήση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή του ουροσυλλέκτη.
- Διατήρηση της καθαριότητας και βατότητας του καθετήρα.

Διάσπαση τραύματος – εκσπλάγγνωση: παροχέτευση οροαιματώδους περιτοναϊκού υγρού και διάσπαση των χειλέων του τραύματος με εκσπλάγγνωση.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Διδασκαλία σωστής υποστήριξης του τραύματος από τον άρρωστο κατά την διάρκεια που βήχει.
- Κάλυψη του τραύματος με αποστειρωμένες γάζες εμποτισμένες με φυσιολογικό ορό.
- Πρόληψη shock
- Προετοιμασία για χειρουργική αποκατάσταση του τραύματος.

Διαταραχή ισοζυγίου υγρών: η επιπλοκή αυτή διακρίνεται σε υπερυδάτωση και αφυδάτωση. Η υπερυδάτωση παρουσιάζει οίδημα και αύξηση βάρους. Η αφυδάτωση παρουσιάζει απώλεια βάρους, ξηρότητα των βλεννογόνων, αδύναμο σφυγμό, μειωμένη δερματική σπαργή.

Νοσηλευτική παρέμβαση.

- Έλεγχος της χορήγησης υγρών.
- Παρακολούθηση και καταγραφή αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών.
- Αποκατάσταση του ισοζυγίου.
- Παρακολούθηση βάρους.
- Και έλεγχος για οιδήματα.

6.3.7 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και νοσηλευτική παρέμβαση.

Η απαλλαγή του αρρώστου από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι άλλο ένα κομμάτι που αφορά την άμεση νοσηλευτική παρέμβαση του προσωπικού της κλινικής. Ο πόνος, η δίψα, η

ναυτία- εμετοί, η διάταση του εντέρου, η διάταση της κύστεως, η δυσκοιλιότητα και ανησυχία- δυσφορία, αποτελούν δυσάρεστα συμπτώματα και επιβαρύνουν την κατάσταση του μετεγχειρητικού ασθενή^{22,23,24}. Πιο αναλυτικά:

Πόνος: είναι το πρώτο μετεγχειρητικό σύμπτωμα που συνοδεύεται από δυσφορία και έχει υποκειμενικό χαρακτήρα, διότι εξαρτάται από την ανέχεια του αρρώστου στον πόνο. Οφείλεται στον ερεθισμό των νευρικών απολήξεων λόγω της ιστικής βλάβης που υφίστανται λόγω της χειρουργικής επέμβασης.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Επικοινωνία με τον άρρωστο ώστε να διευκρινιστεί το είδος και η περιοχή του πόνου
- Έλεγχος της περιοχής του τραύματος για οίδημα, ερυθρότητα, αυξημένη θερμοκρασία, υγρασία και υπερβολική πίεση της περιόδου.
- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος, αναπαυτική θέση του αρρώστου και καλό φωτισμό και θερμοκρασία του θαλάμου.
- Έλεγχο των παροχετεύσεων
- Ενημέρωση του ασθενή να αλλάζει συχνά θέσει, να απασχολείται κάποια δραστηριότητα ώστε να αποσπάται η προσοχή του και ενθάρρυνση ώστε να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του.
- Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Τα βαριά αναλγητικά - ναρκωτικά χορηγούνται με προσοχή διότι μπορεί να προκαλέσουν καταστολή του αναπνευστικού κέντρου, και να μειώσει την κινητικότητα του .

Δίψα: αποτελεί συνηθισμένο μετεγχειρητικό πρόβλημα, και προκαλείται κυρίως από την αναστολή των εκκρίσεων, την απώλεια υγρών, αίματος από τις παροχετεύσεις και την νηστεία 6-8 ώρες προ του χειρουργείου.

Νοσηλευτική φροντίδα

- Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως, το είδος, η ποσότητα και ο ρυθμός καθορίζεται από τον θεράπων ιατρό.
- Χορήγηση υγρών προοδευτικά από το στόμα σε περίπτωση όπου ο άρρωστος, δεν έχει εμετούς ή δεν έχει χειρουργηθεί στον γαστρεντερικό σωλήνα , ώστε να ενυδατωθεί και να ρευστοποιηθούν οι εκκρίσεις.
- Διδασκαλία φροντίδας του στόματος και χρήση αντισηπτικού διαλύματος για γαργάρες.

Ναυτία - εμετοί: η αιτιολογία που τους προκαλεί μπορεί να είναι η συλλογή υγρών στο στομάχι, διάταση της κοιλίας που οφείλεται στους χειρισμούς των οργάνων της κοιλίας κατά την διάρκεια την χειρουργικής επέμβασης και η χορήγηση μορφίνης σε ορισμένους προκαλεί εμετούς

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Γυρίζουμε το κεφάλι του αρρώστου στο πλάι ώστε να προληφθούν πιθανές εισροφήσεις που μπορεί να προκληθούν στην ύπτια θέση.
- Τοποθέτηση νεφροειδούς και χαρτοβάμβακου
- Απομάκρυνση του υλικού που έχει λερωθεί, περιποίηση του στόματος και του ιματισμού.
- Διδασκαλία του αρρώστου ώστε να στηρίζει την περιοχή του τραύματος με το χέρι του, ώστε να προληφθεί η ρήξη των ραμμάτων.
- Χορήγηση αντιεμετικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Καταγραφή της συχνότητας των εμετών, για τον έλεγχο της αιτιολογίας.
- Ενθάρρυνση ώστε να παίρνει βαθιές αναπνοές.
- Παρακολούθηση για τυμπανισμό και λόξυγκα που παραπέμπουν σε κατακράτηση υγρών και πιθανό παραλυτικό ειλεό
- Προεγχειρητική τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα ώστε να προληφθούν οι εμετοί και η διάταση του εντέρου.

Διάταση του εντέρου: οφείλεται στην έλλειψη διατροφής μετεγχειρητικά, αναστολή του περισταλτισμού του εντέρου με τους χειρουργικούς χειρισμούς στα όργανα της κοιλίας και την δράση του αναισθητικού και η κατάποση αέρα .

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Εφαρμογή σωλήνα αερίων για 20'-30' ώστε να διευκολυνθεί η αποβολή των αερίων.
- Χορήγηση χαμηλού υποκλυσμού.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να σηκωθεί ώστε να κινητοποιηθεί το έντερο γρηγορότερα.
- Η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα προεγχειρητικά ενδείκνυται και σε αυτή την περίπτωση.

Διάταση της κύστεως: η κατακράτηση ούρων μετεγχειρητικά είναι συχνό φαινόμενο που οφείλεται στον σπασμό του σφιγκτήρα της ουρήθρας, την ακινησία του αρρώστου και την

ύπτια θέση η οποία δεν ευνοεί την χαλάρωση των μυών του περινέου και του έξω σφιγκτήρα της κύστεως.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Χρήση φυσικών μέσων ώστε να προάγουμε την ούρηση που περιλαμβάνουν:
 - Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και άνοιγμα της βρύσης, ο ήχος του τρεχόμενου νερού ευνοεί την ούρηση
 - Τοποθέτηση του αρρώστου σε άνετη θέση (καθιστική ή ημικαθιστική)
 - Έγγυση χλιαρού νερού την περιοχή του περινέου ώστε να προκληθεί χάλαση των μυών της περιοχής.
- Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, σε περίπτωση αποτυχίας των παραπάνω ενεργειών.

Δυσκοιλιότητα: οφείλεται στον ερεθισμό του εντέρου λόγω των χειρισμών κατά την επέμβαση, φλεγμονή και περιτονίτιδα. Η δυσκοιλιότητα που παρατηρείται για μέρες μπορεί να προκαλέσει κοπρόσταση.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να κινητοποιηθεί άμεσα, διότι το περπάτημα βοηθάει στην περισταλτικότητα του εντέρου.
- Λήψη υγρών ώστε να ενυδατωθεί ο άρρωστος και το περιεχόμενο του εντέρου να μαλακώσει.
- Χορήγηση τροφής που προάγει την κινητικότητα του εντέρου.
- Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση όπου χρησιμοποιώντας από τον άρρωστο πριν την χειρουργική επέμβαση.

Ανησυχία – δυσφορία: μπορεί να οφείλεται σε κάποια μετεγχειρητική δυσχέρεια, την αϋπνία, τον θόρυβο στο περιβάλλον και το λερωμένο υλικό περίδεσης του τραύματος.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Έλεγχος της λειτουργίας των παροχετεύσεων
- Αλλαγή του υλικού περίδεσης του τραύματος, ώστε να εξασφαλίζεται η άνεση του αρρώστου.
- Επικοινωνία με τον ασθενή
- Διατήρηση της καθαριότητας του ασθενή.
- Αντιμετώπιση και ανακούφιση του αρρώστου από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες που μπορεί να παρουσιαστούν

6.4 Περιποίηση χειρουργικού Τραύματος.

Γενικά τραύμα χαρακτηρίζεται κάθε λύση της συνέχειας του δέρματος. Το χειρουργικό τραύμα, πιο συγκεκριμένα είναι τομή του δέρματος και των υποκείμενων ιστών. η αποκατάσταση της υγείας τους αρρώστου περιλαμβάνει και την επούλωση του τραύματος, η οποία χαρακτηρίζεται από το σύνολο των διεργασιών που βοηθούν στην αποκατάσταση της συνέχειας του δέρματος^{21,22}. Η παράγοντες που επηρεάζουν τον χρόνο επούλωσης του τραύματος είναι:

- Η ηλικία.
- Οι λοιμώξεις.
- Η θρέψη του άρρωστου.
- Η καλή φυσική κατάσταση του οργανισμού.
- Η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει.
- Η ύπαρξη χρόνιας νόσου.
- Ο τρόπος ζωής.

Την περιποίηση του τραύματος τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες, αναλαμβάνει ο ιατρός σε συνεργασία με το νοσηλευτή ο οποίος αναλαμβάνει μετ' έπειτα την φροντίδα του τραύματος. Η περίδεση του χειρουργικού τραύματος γίνεται με στόχο την διατήρηση της αιμόστασης, την πρόληψη των μολύνσεων, την ακινητοποίηση του τραύματος, την ανακούφιση του αρρώστου και την απορρόφηση των υγρών που παροχετεύονται από το τραύμα. Η προετοιμασία για την αλλαγή περιλαμβάνει:

- Συγκέντρωση του υλικού στο τροχήλατο νοσηλείας και μεταφορά στον θάλαμο του αρρώστου.
- Εξασφάλιση απομόνωσης του ασθενή στον θάλαμο με παραβάν ή κουρτίνα.
- Ενημέρωση του αρρώστου για την νοσηλεία και προσέγγιση του ώστε να μην αντιδράσει απότομα. Αν ο άρρωστος είναι ένα παιδί τότε το προσεγγίζουμε και ήπιο τρόπο και του εξηγούμε τι πρόκειται να συμβεί, εξασφαλίζοντας την παρουσία ενός γονέα ώστε να νιώθει ασφάλεια.
- Εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος.

Μετά την προετοιμασία του ασθενή, του υλικού και το χώρου σειρά έχει η περιποίηση του τραύματος η οποία περιλαμβάνει:

- Απομάκρυνση των επιδέσμων ή των λευκοπλάστ από το τραύμα με χρήση οιοπνεύματος ή βοηθητικών διαλυμάτων.

- Επιθεώρηση του τραύματος (όψη, μυρωδιά, χρώμα)
- Απομάκρυνση νεκρωτικών ιστών, και των ορογόνων ή αιματηρών υγρών που παροχετεύονται από το τραύμα.
- Καθαριότητα του τραύματος με αποστειρωμένες γάζες και χρήση άσηπτης τεχνικής, για πρόληψη μολύνσεων.
- Χρήση βαζελινούχας αλοιφής για την πρόληψη ερεθισμού της περιοχής.
- Τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών και επιδέσμου στο τραύμα.
- Διατήρηση καθαριότητας του τραύματος με συχνές αλλαγές των γαζών και των επιδέσμων.

6.5 Νοσηλευτική διεργασία

Πίνακας 1: Σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας: Ασθενή που υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση.

Το παιδί εισέρχεται με την βοήθεια των γονιών του στο νοσοκομείο, για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Υποβάλλεται στις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις (ακτινολογικές, αιματολογικές, κ.α), σε προεγχειρητική περιποίηση και περιγράφουμε την μετεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Στόχοι/ Αναμενόμενα Αποτελέσματα	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Αξιολόγηση
<p>Πόνος στην χειρουργική τομή</p> <p>κτίμηση <u>ποκειμενική:</u> ο ασθενής πονάει και ζητάει αναλγητικά μετά την ιστορική του από την άνηψη</p> <p><u>ντικειμενική:</u> οιλική τομή τοκατάστασης</p>	<p>Ο πόνος να υποχωρήσει, μέσα με 30 λεπτά.</p> <p>Ο ασθενής ηρεμεί.</p> <p>Έλεγχος του πόνου με χορήγηση αναλγητικών per os, μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο.</p>	<p>Χορήγηση IV αναλγητικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Έλεγχο της κατάστασης του ασθενή και παρακολούθηση της αναπνευστικής συχνότητας.</p>	<p>Ο ασθενής είναι πιο άνετος, έχει χαλαρή στάση του σώματος και δεν παραπονιέται.</p> <p>Η επίτευξη των αποτελεσμάτων παρουσιάζει πρόοδο.</p> <p>Συνέχιση του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
<p>Αταραχή της ακεραιότητας του δέρματος της χειρουργικής τομής</p> <p>κτίμηση <u>ντικειμενική:</u> χειρουργική τομή ανέπαφη, εγνή και καθαρή.</p>	<p>Η τομή δεν θα παρουσιάσει σημεία λοίμωξης.</p> <p>το χειρουργικό τραύμα θα επουλωθεί πλήρως</p>	<p>Διατήρηση της σωστής λειτουργίας της παροχέτευσης (αν υπάρχει).</p> <p>Έλεγχος για αιμορραγία και καταγραφή της ποσότητας και του είδους των αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Αξιολόγηση της χειρουργικής τομής κατά την αλλαγή και ενίσχυση της επίδεσης σε περίπτωση που απαιτείται.</p> <p>Θερμομέτρηση ασθενή.</p> <p>Χρήση άσηπτης τεχνικής.</p> <p>Αξιολόγηση επούλωσης της τομής.</p>	<p>Χειρουργική τομή χωρίς σημεία λοίμωξης.</p> <p>Η επίτευξη των αποτελεσμάτων παρουσιάζει πρόοδο.</p> <p>Συνέχιση του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
<p>Ανεπάρκεια αναπνευστική ικανότητα των αεροφόρων οδών λόγω της αναισθησίας, της αδυναμίας κίνησης και του πόνου στην χειρουργική τομή.</p> <p>κτίμηση <u>ποκειμενική:</u> ο ασθενής αναφέρει δυσφορία όταν παίρνει βαθιά ανάσα ή όταν βήχει.</p> <p><u>ντικειμενική:</u> είωση αριθμού αναπνοών.</p>	<p>Αποτροπή επιπλοκής (ατελεκτασίας)</p> <p>Απουσία αναπνευστικών ήχων.</p>	<p>Διδασκαλία του ασθενή για την υποστήριξη της τομής όταν βήχει.</p> <p>Βαθιές αναπνοές και βήχας από τον ασθενή ενώ βρίσκεται σε καθιστική θέση.</p> <p>Ακρόαση των πνευμόνων για εύρεση αναπνευστικών ήχων, σε κάθε βάρδια.</p> <p>Προτροπή του ασθενή ώστε να κινητοποιηθεί 8 ώρες μετά την χειρουργική επέμβαση.</p> <p>Παρακολούθηση της θερμομέτρησης ασθενή και παρακολούθηση αναπνοών.</p>	<p>Καθαροί αναπνευστικοί ήχοι στην βάση των πνευμόνων.</p> <p>Η επίτευξη των αποτελεσμάτων παρουσιάζει πρόοδο.</p> <p>Συνέχιση του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας.</p>

νοσηλευτική Διάγνωση	Στόχοι/ Αναμενόμενα Αποτελέσματα	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Αξιολόγηση
<p>ίνδυνος διαταραχής οζυγίου υγρών</p> <p>κτίμηση <u>ντικειμενική:</u> εγάλη απώλεια υγρών-ματος από την τομή.</p>	<p>Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών, εντός των φυσιολογικών ορίων.</p>	<p>Έλεγχος της ποιότητας και της ποσότητας των υγρών που παροχετεύονται.</p> <p>Έλεγχος σημείων αφυδάτωσης ή υπερυδάτωσης.</p> <p>Παρακολούθηση αποβαλλόμενων/προσλαμβανόμενων υγρών.</p> <p>Έλεγχος και διατήρηση σωστού ρυθμού ροής των IV χορηγούμενων υγρών.</p>	<p>Όγκος προσλαμβανόμενων υγρών μεγαλύτερος του όγκου των αποβαλλόμενων.</p> <p>Παρουσία υγρών βλεννογόνων και καλή δερματική σπαργή.</p> <p>Η επίτευξη των αποτελεσμάτων παρουσιάζει πρόοδο.</p> <p>Συνέχιση του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
<p>γχος για το χειρουργικό αποτέλεσμα.</p> <p>κτίμηση <u>ντικειμενική:</u> νήσυχη έκφραση προσώπου.</p>	<p>Μείωση του άγχους, σύμφωνα με τις ανησυχίες του ασθενή.</p>	<p>Καθησύχαση του ασθενή και των γονέων του για το αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης, καθώς επίσης και για την εξέλιξη της πορεία του ασθενή.</p>	<p>Απουσίας σημείων άγχους. Ηρεμία του ασθενής και των γονέων του.</p> <p>Η επίτευξη των αποτελεσμάτων παρουσιάζει πρόοδο.</p> <p>Συνέχιση του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
<p>δυναμία αυτοεξυπηρέτησης γω της χειρουργικής τομής.</p> <p>κτίμηση <u>ποκειμενική:</u> ασθενής παραπονιέται για ύναμία κινητικότητας.</p> <p><u>ντικειμενική:</u> ειρουργική τομή.</p>	<p>Ο ασθενής θα κάνει λουτρό καθαριότητας μια φορά την ημέρα.</p>	<p>Παροχή βοήθειας στον ασθενή στην διαδικασία περιποίησης και υγιεινής του ασθενή.</p> <p>Παροχή υλικού για την στοματική φροντίδα του ασθενή.</p> <p>Περιποίηση δέρματος με λοσιόν.</p> <p>Βοήθεια για αλλαγή ιματισμού (ρόμπας, σεντονιών).</p>	<p>Η επίτευξη των αποτελεσμάτων παρουσιάζει πρόοδο.</p> <p>Συνέχιση του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας.</p>

Βιβλιογραφία

1. Drake L. R., Vogl W, Mitchell W. M. A.,(2007), Gray's Ανατομία: Τόμος 1 & 2, Έκδοση 2^η, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
2. Drake L. R., Vogl W, Mitchell W. M. A, (2009), Gray's Ανατομία. Τόμος 3, Έκδοση 2^η, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
3. Drake L. R., Vogl W, Mitchell W. M. A, (2011), Gray's Ανατομία. Τόμος 5, Έκδοση 2^η, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
4. Lissauer T, (2008), Σύγχρονη παιδιατρική, Επιμέλεια Συλλογικό έργο, Ανδρουλάκης Ι.,κ.α, Μετάφραση Μπερή Δ., Έκδοση 1^η, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
5. Κασίμος Δ.Χ, (1998), Γενική παιδιατρική 2, Έκδοση 1^η, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
6. Μητρόπουλος Ν.Δ, Σοφράς Ε.Φ, (2009), Εγχειρίδιο ουρολογίας, Μετάφραση: Μητρόπουλος Ν.Δ, Σοφράς Ε.Φ, Έκδοση 1^η, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
7. Luxner, L.K, (2011) Παιδιατρική νοσηλευτική, Έκδοση 1^η, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
8. Speer, M.K Pixler L.S, Schmidt K.C, (1999), Παιδιατρική νοσηλευτική, Επιμέλεια Καραχάλιος Ν.Γ., Μετάφραση Μαραθεύτης Ν, Αθήνα : Έλλην.
9. Candy D., etc, (2002) Κλινική παιδιατρική και υγεία παιδιού, Επιμέλεια Ανδρέας Κωνσταντόπουλος, Μετάφραση Λήδα Πιστιόλη, Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
10. Λαπατσάνης Δ. Π, (1996), Βασική παιδιατρική, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
11. Συλλογικό έργο, Επίτομη παιδιατρική, Επιμέλεια Παπαδάτος Κ, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Συγγραφική υπευθυνότητα: Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.
12. Αγγελοπούλου Ρ, (2010), Εμβρυολογία 2, Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
13. Συλλογικό έργο Thompson M.W, McInnes R.R, Willard H.F, Ιατρική γενετική, Μετάφραση Νίκος Μοσχονάς, Μαρία Σύρρου, Έκδοση 2^η, Ηράκλειο Κρήτης: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
14. Μπατρίνος, Μ., Σύγχρονη ενδοκρινολογία : Για τον γενικό γιατρό, Έκδοση 1^η , Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
15. Κώσταλος Χ., (2005), Νεογέννητο υψηλού κινδύνου, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
16. Hutson M.J, Woodward A.A, Beasley W.S (2005), Jone' s κλινική παιδοχειρουργική, διάγνωση και θεραπεία , Αθήνα : Παρισιάνου Α.Ε.

17. Στεφανοπούλου - Τσόγκα Ε, (1992), Παιδιατρική νοσηλευτική, Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
18. Brazelton T. B, (1996), Τα αναπτυξιακά προβλήματα του βρέφους και του νηπίου : Η ιατροψυχολογική αντιμετώπισή τους: Οδηγός για γονείς και συμβουλευτικές υπηρεσίες, Επιμέλεια Παρασκευόπουλος Ν. Ι, Μετάφραση Παπασταύρου Α, Έκδοση 1^η, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
19. Βασιλειάδου Δ, κ.α, (2013), (Αντί)μιλώντας στις Βεβαιότητες: Φύλα, Αναπαραστάσεις, Υποκειμενικότητες, 1^η Έκδοση, Αθήνα: ΚΨΜ.
20. Susan C. deWit, (2005), Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας, Έκδοση 1^η, Τόμος 1^{ος}, Αθήνα: Λαγός Δημήτριος.
21. Susan C. deWit, (2005), Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας, Έκδοση 1^η Τόμος 3^{ος}, Αθήνα: Λαγός Δημήτριος.
22. Αθανάτου Κ.Ε, (2011), Κλινική νοσηλευτική : Βασικές και ειδικές νοσηλείες, Έκδοση 19^η, Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος.
23. Woodhead K, Wicker P, κ.α, (2007), Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα , Αθήνα: Λαγός Δημήτριος.
24. Πάνου Μ., (1994), Παιδιατρική νοσηλευτική : Εννοιολογική προσέγγιση, Αθήνα : Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
25. Γουλιά Γ.Ε, (1998), Εφαρμοσμένη νοσηλευτική, Έκδοση 2^η, Αθήνα: ΤΑΒΙΘΑ.