



Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»



ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΤΣΕΚΟΥΡΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται τις λοιμώξεις στην παιδική ηλικία και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται σε αυτές. Οι λοιμώξεις αποτελούν μια οξεία κατάσταση, η οποία παρουσιάζεται στην παιδική ηλικία και μπορεί να οφείλεται είτε σε κάποιον ιό είτε σε κάποιο μικρόβιο και γι αυτό το λόγο, χωρίζονται σε ιογενείς και μικροβιακές αντίστοιχα.. Τα λοιμώδη νοσήματα στην παιδική ηλικία εξακολουθούν ακόμα και τώρα που η ιατρική επιστήμη έχει παρουσιάσει ραγδαίες εξελίξεις να απειλούν τις ζωές των παιδιών. Γι αυτό το λόγο θεωρείται πολύ σημαντική η πρόληψη η οποία πραγματοποιείται μέσω του εμβολιασμού και της τήρησης των κανόνων υγιεινής. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στο κομμάτι της πρόληψης, γεγονός που τονίζει τη σημαντικότητα της συνεργασίας τους και ενοποίησης τους στην εξάλειψη και αντιμετώπιση εμφάνισης λοιμωδών νοσημάτων στα παιδιά.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη και η ανάλυση των λοιμώξεων στην παιδική ηλικία και ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιούνται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Η πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες μείωσης και εξάλειψης εμφάνισης των λοιμωδών νοσημάτων στην παιδική ηλικία. Μια από τις σημαντικότερες ανακαλύψεις στην ιατρική επιστήμη αποτελεί ο εμβολιασμός, ο οποίος πραγματοποιείται από την παιδική ηλικία και έχει αποδειχτεί σωτήριος για πολλά λοιμώδη νοσήματα, τα οποία απειλούσαν τη ζωή πολλών παιδιών και κατ επέκταση ολόκληρου του κοινωνικού περιβάλλοντος. Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί ένα από τα πλέον σημαντικά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που συμμετέχει όχι μόνο στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων στην παιδική ηλικία.

SUMMARY

This thesis deals with infections in childhood and nursing interventions carried out there. Infections are an acute condition which occurs in childhood and may be due to a virus or some microbe and for this reason are divided into bacterial and viral. Infectious diseases in childhood continue even now that medical science has shown rapid developments threaten the lives of children. Therefore considered important prevention carried out through vaccination and compliance with the hygiene rules. Health professionals diadrmatischei a very important role in it which stresses the importance of cooperation and integration in eradicating and treating occurrence of infectious diseases in children.

The purpose of this thesis is the study and analysis of infections in childhood and the way in which nursing interventions performed.

The prevention of infectious diseases is one of the major factors that reduce and eliminate occurrence of infectious diseases in childhood. One of the most significant discoveries in medical science is a vaccination which is carried from childhood and has proved salvation for many infectious diseases which threaten the lives of many children and therefore the social environment. The nursing staff is one of the important members of the multidisciplinary team involved not only in prevention but also in dealing with infectious diseases in childhood.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
SUMMARY	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	7
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.....	7
1.1 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ	7
1.2 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	8
1.3 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ.....	9
1.4 ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	12
ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	12
2.1 ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ.....	12
2.2 ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ.....	13
2.4 ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	18
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	18
3.1 ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ.....	18
3.2 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	31
ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	33
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	33
5.1 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	33
5.2 Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	35
5.3 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	36
5.4 ΤΟΜΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	36
5.5 ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ.....	37
5.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	38

5.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	42
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	42
6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄.....	42
6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄.....	48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	52
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	54

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιστήμη της ιατρικής έχει παρουσιάσει σημαντική πρόοδο στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων που παρουσιάζονται και σχετίζονται με την παιδική ηλικία. Παρόλα αυτά, η εμφάνιση των λοιμωδών νοσημάτων στην παιδική ηλικία είναι συνεχής και για πολλά λοιμώδη νοσήματα δεν έχει ανακαλυφθεί το εμβόλιο το οποίο μπορεί να τα καταπολεμήσει.

Για την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων στα παιδιά υπεύθυνη είναι μια ομάδα από επιστημονικό προσωπικό στους οποίους συγκαταλέγονται οι παιδίατροι, οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Η συμβολή τους είναι καθοριστική, καθώς μέσα από τις οδηγίες και τις συμβουλές τους αντιμετωπίζονται οι λοιμώξεις των παιδιών με ψυχραιμία και χωρίς άγχος. Αυτό συνεπάγεται πως το επιστημονικό προσωπικό θα πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένο και σε θέση να αντιμετωπίζει όλες τις περιπτώσεις.

Στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων στην παιδική ηλικία πολύ σημαντική θεωρείται η πρόληψη, η οποία πετυχαίνεται μέσω του εμβολιασμού. Με την εφαρμογή του εμβολιασμού παρατηρήθηκε σε όλες τις χώρες σημαντική μείωση θνητότητας και νοσηρότητας των λοιμωδών νοσημάτων στα παιδιά. Παράλληλα, υψίστης σημασίας είναι η τήρηση των κανόνων υγιεινής, η οποία συμβάλλει στη μείωση της εμφάνισης λοιμωδών νοσημάτων και στη διασφάλιση της υγείας στο σύνολο της κοινότητας. Η υγεία αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου και γι αυτό το λόγο η υγειονομική διαφώτιση είναι πολύ σημαντική για την αντιμετώπιση των νόσων αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

1.1 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Το παιδί έχει τα χαρακτηριστικά ενός ενήλικου. Αυτό που το κάνει να διαφέρει από έναν ενήλικα είναι η ανατομία του και η λειτουργικότητα του. Χαρακτηρίζεται κυρίως από την αύξηση. Με τον όρο αύξηση εννοούμε όλη την περίοδο της ζωής ενός ανθρώπινου οργανισμού, δηλαδή από την στιγμή που θα συλληφθεί μέχρι την ηλικία του γήρατος και τον θάνατο. Αν και αρκετά κείμενα υποστηρίζουν ότι η ανάπτυξη σταματάει στην ώριμη ηλικία, εμείς θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ότι συνεχίζεται αλλά με πιο αργούς ρυθμούς. Ο τρόπος με τον οποίο αυξάνεται ένας ανθρώπινος οργανισμός είναι η υπερπλασία, δηλαδή ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων και η υπετροφία δηλαδή ο όγκος των κυττάρων, ή ακόμα και των δύο. Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τον ρυθμό ανάπτυξης του οργανισμού είναι το περιβάλλον και το γενετικό δυναμικό. (Κασίμος, 1992)

Όσο πιο νέος είναι ένας οργανισμός τόσο πιο γρήγορη είναι και η αύξηση του. Σ' αυτή την διαδικασία εξαίρεση αποτελεί η εφηβική ηλικία, όπου επικρατεί πιο γρήγορη αύξηση. Το ότι ένας οργανισμός αυξάνεται σε όγκο δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει με την πάροδο του χρόνου και διαφοροποίηση, εξειδίκευση καθώς και τελειοποίηση στην λειτουργία του. Μέχρι στιγμής έρευνες οι οποίες αφορούν αναπτυξιακές τάσεις μετά την ώριμη ηλικία, αγνοούνται σημαντικά. Σ' αυτό βέβαια αποτελεί εξαίρεση ο κινητικός τομέας.

Ο τύπος του σώματος ενός ατόμου όταν αυτό θα είναι ώριμο καθορίζεται από την γενετική κληρονομιά. Αυτό δεν αποκλείει βέβαια ότι υπάρχουν παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν αυτό το δυναμικό όπως είναι το περιβάλλον, και αυτό φαίνεται σε παιδιά τα οποία πάσχουν πρώιμα από οξεία εγκεφαλική δυσλειτουργία.

Η συνεχής διαδικασία με την οποία διαμορφώνεται η συμπεριφορά και έχει σαν αποτέλεσμα την αλληλεπίδραση του ανθρώπινου οργανισμού και του περιβάλλοντος σε όλη την πορεία της ζωής, αποτελεί τον όρο ανάπτυξη.

Υπάρχει διαφορά στους ρυθμούς με τους οποίους αναπτύσσονται διάφορα μέρη του σώματος. Για παράδειγμα ο εγκέφαλος που αυξάνεται και ωριμάζει σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της ανθρώπινης συμπεριφοράς, παρουσιάζει γρηγορότερη αύξηση κατά την εμβρυική περίοδο σε σχέση με κάποια άλλη περίοδο της ζωής.

Σε γενικές γραμμές, δεν μπορούμε να πούμε ότι η αύξηση σταματά όταν ωριμάζουμε, διότι σε αυτή την περίπτωση δεν θα γινόταν για παράδειγμα η αποκατάσταση ενός οστού μετά το κάταγμα. Δημιουργείται ένας κύκλος σχεδόν σε κάθε όργανο ο οποίος περιλαμβάνει την αύξηση, τον θάνατο και την αντικατάσταση. Στον παραπάνω κύκλο, οι νευρώνες αποτελούν μια σημαντική εξαίρεση. Αυτό σημαίνει ότι από την στιγμή που δημιουργούνται, στα πρώτα στάδια της ζωής, δεν μπορεί να γίνει αντικατάσταση τους σε περίπτωση που καταστραφούν. (Dolto, 2007)

71.2 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

α. Προγεννητική σωματική ανάπτυξη

Βάρος σώματος στη γέννηση (ΒΓ): 2.500-4.000gr

Μέση τιμή: 3.500gr

Μητρικοί παράγοντες

- α) Κάπνισμα – Φάρμακα – Αλκοόλ
- β) Τοξιναιμία – Ανεπάρκεια πλακούντα – Χρόνια νοσήματα
- γ) Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες
- δ) Πολύδυμη κύηση

Εμβρυϊκοί παράγοντες

- α) Γενετικοί
- β) Λοιμώξεις
- γ) Συγγενείς ανωμαλίες

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, τελειόμηνο θεωρείται το νεογέννητο όταν η κύηση διαρκεί 38-42 εβδομάδες, πρόωρο σε περίπτωση που η κύηση διαρκέσει λιγότερο και παρατασιακό όταν υπάρξει πιθανότητα να γεννηθεί στην αρχή της 42ης εβδομάδας ή και

αργότερα. Όσον αφορά την ενδομήτρια ανάπτυξη, οι παραπάνω διακρίσεις του νεογέννητου (πρόωρο, τελειόμηνο, παρατασιακό) βασίζονται αποκλειστικά στην ενδομήτρια ηλικία δηλαδή στον χρόνο που διαρκεί η κύηση. Με βάση την τελευταία εμμηνόπαυση, το ύψος της μήτρας την εμφάνιση των χτύπων της καρδιάς και την έναρξη των κινήσεων του εμβρύου μπορούμε να υπολογίσουμε την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Σύμφωνα με το βάρος γέννησης τα νεογνά διακρίνονται:

A) Μικρού σωματικού βάρους (MIB) ($BΓ < 2500gr$) Μπορεί να είναι πρόωρο- τελειόμηνο- παρατασιακό.

B) Μεγάλου σωματικού βάρους (MEB) ($BΓ > 4500gr$) Μπορεί να είναι πρόωρο- τελειόμηνο- παρατασιακό.

Μπορούμε να εκτιμήσουμε την ενδομήτρια ανάπτυξη με βάση την περίμετρο της κεφαλής και την νευρολογική ανάπτυξη του.

1.3 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ

Οι δύο ουσιαστικές παράμετροι που αφορούν στη σωματική ανάπτυξη μετά την γέννηση, είναι το βάρος του σώματος και το ανάστημα. Η περίμετρος της κεφαλής αποτελεί έναν σημαντικό δείκτη της ανάπτυξης του εγκεφάλου και αφορά έμμεσα και την πνευματική ανάπτυξη.

Παρακολουθώντας την αύξηση των διάφορων σωματικών παραμέτρων καθώς και προσδιορίζοντας την λειτουργία των οργάνων ελέγχουμε την σωματική ανάπτυξη.

α) Το βάρος σώματος: διπλασιάζεται στους 4-5 μήνες, τριπλασιάζεται στο 12ο μήνα και τετραπλασιάζεται στον 3ο χρόνο.

Όσο μεγαλύτερο είναι το βάρος σώματος στη γέννηση, τόσο αργότερα, διπλασιάζεται το βάρος.

β) Το ανάστημα: Στο πρώτο χρόνο, το ανάστημα αυξάνεται κατά 50%. Η αύξηση του αναστήματος συμβαίνει κυρίως στον κορμό, παρά στα κάτω άκρα. Σε αυτό οφείλεται και η εξωτερική σωματική εμφάνιση του παιδιού.

γ) Η περίμετρος κεφαλής: Με τη μέτρηση της οποίας ελέγχεται η αύξηση του εγκεφάλου και εν συνεχεία η πνευματική ανάπτυξη στη βρεφική ηλικία. Η αύξηση του κρανίου ακολουθεί παθητικά την αύξηση του εγκεφάλου.

Έχει παρατηρηθεί και μικροκεφαλία σε μικροεγκεφαλίες, ενώ, αντιθέτως η περίμετρος της κεφαλής σε υδροκεφαλίες ξεπερνά το φυσιολογικό όριο. Στο πρώτο έτος της ζωής η περίμετρος της κεφαλής αυξάνει κατά 33% και κατά την ίδια περίοδο ο εγκέφαλος αυξάνει κατά 2,5 φορές, οπότε και υπάρχει αντιστοιχία με το 60% του ενήλικα. Είναι βασικό να υπάρχει συσχετισμός με το μέγεθος του παιδιού και το μέγεθος της κεφαλής. Το μικρό βρέφος σημαίνει ότι θα έχει μικρό κεφάλι.

Το πρόωρο νεογέννητο συνήθως φαίνεται να είναι μεγαλοκέφαλο. Το μεγάλο κεφάλι βέβαια μπορεί να αποτελεί και οικογενειακό χαρακτηριστικό ή να οφείλεται σε μεγάλο εγκέφαλο ή υδροκεφαλία. Σε σπάνιες περιπτώσεις μικροκεφαλία οφείλεται σε κρανιοσυνοστένωση – πρόωρη σύγκλιση των πηγών και των ραφών του κρανίου.

δ) Στη γέννηση, περίπου 34 εκατοστά μικρότερη είναι η περίμετρος θώρακα από την περίμετρο της κεφαλής. Κατά τον 10ο μήνα διασταυρώνονται οι τιμές της περιμέτρου της κεφαλής και του θώρακα και κατόπιν με πιο γρήγορους ρυθμούς αυξάνει η περίμετρος του θώρακα.

ε) Όσον αφορά την οστεοποίηση, γίνεται έλεγχος από 3-6 μηνών μέχρι την ηλικία των 6 χρόνων με ακτινογραφία των καρπών.

Οι πυρήνες οστέωσης εμφανίζονται σταδιακά. Δηλαδή, τουλάχιστον ένας πυρήνας μέχρι τον 6ο μήνα, δύο με τρεις όταν συμπληρώνεται το πρώτο έτος και κατόπιν ένας πυρήνας κάθε χρόνο. Αξίζει να αναφερθεί, πως έχει παρατηρηθεί επιβράδυνση εμφάνισης των πυρήνων οστέωσης στο συγγενή υποθυρεοειδισμό, ενώ σε παραγωγή ανδρογόνων ορμονών να εμφανίζονται πρόωρα

στ) Δείκτη της ανάπτυξης δεν αποτελεί η οδοντοφυΐα. Το γεγονός ότι μπορεί να υπάρξει καθυστερημένη εμφάνιση των δοντιών είναι πιθανόν να συνδέεται με σοβαρές χρόνιες αρρώστιες ή με γενικά καθυστέρηση στην ανάπτυξη. Οι λόγοι που μπορεί να υπάρξει κακή ποιότητα των δώδεκα δοντιών, είναι κυρίως κληρονομικοί και αφορούν παιδιά ως επί το πλείστον με παθήσεις του νευρικού συστήματος. (Lissauer, 2008)

1.4 ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Στην ανθρώπινη αύξηση σημαντικό στοιχείο αποτελεί ο τρόπος που σταδιακά τελειοποιείται η δομή και η λειτουργία του εγκεφάλου. Αυτό σημαίνει ότι αυτή εξαρτάται σημαντικά από την ωρίμανση του εγκεφάλου και η ολοκλήρωση της διαδικασίας αυτής επέρχεται με την πάροδο του χρόνου. Ο γενετικός κώδικας είναι αυτός που θα καθορίσει την δομή του εγκεφάλου και την πορεία του καθώς ωριμάζει. Σε συγκεκριμένες περιόδους συμβαίνουν προγραμματισμένες αλλαγές στον άνθρωπο.

Στις πρώτες 10 εβδομάδες της ενδομήτριας ζωής το σχήμα του εγκεφάλου καθορίζεται και παρόλο το πολύ μικρό μέγεθός του, είναι δυνατόν να διαφοροποιηθεί σε πρόσθιο εγκέφαλο, οπίσθιο εγκέφαλο, εγκεφαλικά ημισφαίρια και παρεγκεφαλίτιδα. Στις 18 εβδομάδες παρατηρείται ο αριθμός νευρώνων ενός ενήλικα στις περισσότερες περιοχές του εγκεφάλου, με κάποιες εξαιρέσεις, όπως στην παρεγκεφαλίδα. Το «αυξητικό τίναγμα» του εγκεφάλου που είναι μία πολύ έντονη περίοδος της αύξησης, εμφανίζεται στην μέση περίπου της κύησης μέχρι και το τέταρτο έτος. Κατόπιν ο εγκέφαλος μεγαλώνει με πιο αργούς ρυθμούς και αυτό συμβαίνει διότι πλησιάζει τις αναλογίες του ενήλικα. Ένας γρήγορος πολλαπλασιασμός των νευρογλοιακών κυττάρων εμφανίζεται στο πρώτο μέρος του αυξητικού τινάγματος του εγκεφάλου και αυτή η διαδικασία μειώνεται όταν το παιδί φτάσει δύο χρονών. Ακόμα δεν μπορούμε να ξέρουμε τον αριθμό των νευρογλοιακών κυττάρων που υπάρχουν στον εγκέφαλο ενός ενήλικα. Η αυξημένη ανάπτυξη και διακλάδωση των δενδριτών εμφανίζεται στους πρώτους μήνες μετά την γέννηση, οι οποίοι συνάπτονται στη συνέχεια με άλλα κύτταρα. Αυτή η διακλάδωση συμβάλλει στην πολυπλοκότητα της εγκεφαλικής δομής. Η περίοδος της ταχείας μυελίνωσης λαμβάνει χώρα στο τελευταίο μέρος τινάγματος του εγκεφάλου και μετά το τέταρτο έτος συνεχίζει με πιο αργούς ρυθμούς, καθώς το παιδί αρχίζει να ενηλικιώνεται. Η ανάπτυξη των διαφορετικών μερών του εγκεφάλου γίνεται με διαφορετικούς ρυθμούς.

Εντυπωσιακό είναι το αυξητικό τίναγμα που παρουσιάζει η παρεγκεφαλίτιδα, καθώς δεκαπέντε μήνες μετά την γέννηση ο αριθμός των παρεγκεφαλιδικών κυττάρων είναι σχεδόν όμοιος με τον αριθμό κυττάρων ενός ενήλικα, ενώ στον υπόλοιπο εγκέφαλο υπάρχει μόνο το 65% του αριθμού των κυττάρων του ενήλικα. (Καλαντζή-Αζίζι, 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

2.1 ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ.

Η περίοδος που ονομάζουμε σχολική ηλικία είναι από το 6ο έτος μέχρι την ηλικία που το άτομο ωριμάζει σεξουαλικά, δηλαδή 13 χρονών για τα αγόρια και 11 χρονών για τα κορίτσια. Σ' αυτή την περίοδο μπορούμε να πούμε ότι το παιδί αναπτύσσεται σωματικά και κινητικά, περισσότερο ποιοτικά παρά ποσοτικά. Σε αντίθεση με την βρεφική ηλικία όπου ο ρυθμός ανάπτυξης ήταν εξαιρετικά γρήγορος, εδώ δίνεται βάση περισσότερο στην λειτουργική επεξεργασία και στην τελειοποίηση της ραγδαίας αύξησης που υπήρξε την προηγούμενη περίοδο.

Θα πρέπει να επισημάνουμε επίσης, πως παρόλο που επικρατεί ένας αργός ρυθμός ανάπτυξης, σε ορισμένες περιπτώσεις, παιδιά τα οποία αρχικά μένουν στάσιμα ως προς την ανάπτυξη τους απότομα αυξάνεται το ύψος ή το βάρος τους. Δηλαδή παρουσιάζουν μια ακανόνιστη ανάπτυξη. Ένα ακόμη συνηθισμένο φαινόμενο είναι να υπάρχουν παιδιά τα οποία παρουσιάζουν διαφορά ως προς την σωματική τους διάπλαση μέχρι και 3 με 4 έτη χρονολογικής ηλικίας. Τόσο βιολογικοί, όπως είναι η σωματική διάπλαση των γονέων όσο και περιβαλλοντικοί, όπως για παράδειγμα η σωματική άσκηση, είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις διαφορές. Σε περίπτωση που οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι παρόμοιοι, μπορεί να εκτιμηθεί καλύτερα το ύψος του παιδιού από το ύψος των γονέων.

Αναφορικά με το σωματικό βάρος του παιδιού υπάρχει αύξηση κατά 2-2,5 κιλά το χρόνο, ενώ όσον αφορά το ύψος του μέχρι τα 7 έτη αυξάνεται κατά 7,5 εκατοστά και μέχρι ν' αρχίσει η εφηβεία κατά 5 εκατοστά. Επίσης, διαφορές στην ανάπτυξη των δύο φύλων παρατηρούμε όταν τα παιδιά αρχίζουν και ελέγχουν περισσότερο όλες τις βιοσωματικές τους δεξιότητες. Η

ανάπτυξη βέβαια του μυϊκού και νευρικού συστήματος καθώς και η επιμήκυνση των οστών αποτελούν βασικό παράγοντα στις παραπάνω αυξητικές αλλαγές.

Το παιδί στα έξι έτη περίπου παρουσιάζει την χαμηλότερη τιμή ποσοστού λίπους σε αντίθεση με την βρεφική ηλικία όπου η συγκεκριμένη τιμή ήταν πολύ μεγαλύτερη. Επίσης, στην ηλικία των έξι ετών είναι σαφές ποιος θα είναι ο σωματότυπος του κάθε παιδιού και καθορίζονται με βεβαιότητα οι τελικές διαστάσεις του σώματος. Επιπλέον, διακρίνονται αλλαγές στο πρόσωπο, τα κάτω άκρα αυξάνονται και γίνεται κατανομή του πάχους σε περισσότερα μέρη του σώματος. (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010)

2.2 ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ.

Τρείς είναι οι βασικές κατευθύνσεις όπου μπορούμε να διακρίνουμε στην ανάπτυξη του ψυχοσωματικού τομέα.

- Σκόπιμες και ελεγχόμενες αντιδράσεις.
- Μερικές και εξειδικευμένες αντιδράσεις.
- Ετερόπλευρη ανάπτυξη.

Με περισσότερη ισχύ και καλύτερο συγχρονισμό αλλάζουν προς το καλύτερο οι κινητικές ικανότητες του παιδιού. Με βάση τις νέες αυτές δυνατότητες αποκτούν εφόδια και για δραστηριότητες όπως είναι η γραφή και η χειροτεχνία, αλλά και εντάσσονται ομαλότερα στην ομάδα των συνομηλίκων τους.

Ένας από τους πιο σημαντικούς γενετικούς ψυχολόγους, ο Jean Piaget, έχει αναπτύξει την πιο ολοκληρωμένη θεωρία για την αναπτυξιακή πορεία της νόησης. Σύμφωνα με αυτήν, χωρίζουμε σε τέσσερα στάδια την νοητική ανάπτυξη με βάση την ηλικία.

Τα στάδια αυτά είναι:

1. Αισθησιοκινητική περίοδος, από 0 - 2 ετών.
2. Προσυλλογιστική περίοδος, από 2 - 7 ετών.
3. Περίοδος της συγκεκριμένης σκέψης ή συγκεκριμένων συλλογισμών, από 7 - 11 ετών.
4. Περίοδος της αφαιρετικής σκέψης ή τυπικών συλλογισμών, μετά τα 12 χρόνια. (Candy et.al., 2012)

Στην περίοδο που ονομάζεται προσυλλογιστική το παιδί, έχει εγωκεντρική σκέψη ενώ ενδιαφέρεται μόνο για ένα χαρακτηριστικό του προβλήματος και χρησιμοποιεί συχνά προένοιες, πράγμα που σημαίνει ότι ταυτίζει τα στοιχεία ενός συνόλου με το κυρίαρχο στοιχείο. Στην περίοδο της συγκεκριμένης σκέψης, το παιδί πλέον μπορεί να ταξινομεί, να σειροθετεί και να αριθμεί, ενώ αρχίζει και καταλαβαίνει την αναίρεση και την αντιστάθμιση.(Ευαγγέλου, 2002)

2.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές στον τομέα της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης στην περίοδο της σχολικής ηλικίας του παιδιού. Κατ' αρχήν, ο τρόπος με τον οποίο το παιδί δημιουργεί δράση και αλληλεπίδραση στο κοινωνικό πλαίσιο αλλάζει. Κατά δεύτερον, αλλάζουν η ψυχοδυναμική του, τα κίνητρα του καθώς και οι αναπτυξιακές του επιδιώξεις. Πιο συγκεκριμένα, με την έναρξη της σχολικής περιόδου το παιδί από τον χώρο της οικογένειας που του είναι οικείος, βρίσκεται σε ένα νέο περιβάλλον με διαφορετικούς ανθρώπους και με καινούρια ερεθίσματα, κάτι το οποίο αποτελεί σημαντικό βήμα για τη ζωή του. Έτσι λοιπόν, στο χώρο αυτό θα πρέπει να προσπαθήσει και να αναλάβει ευθύνες και πρωτοβουλίες, ώστε να μπορέσει να κατακτήσει τις σχολικές του δεξιότητες. Είναι πλέον ένας μαθητής όπου θα πρέπει να συμμετάσχει σε ένα πρόγραμμα το οποίο περιλαμβάνει ποικίλες μαθήσεις και δραστηριότητες με συγκεκριμένους κανόνες και απαιτήσεις, κάτι το οποίο θα επηρεάσει σημαντικά την αυτογνωσία του. Επίσης, έχει και τον ρόλο του συμμαθητή, όπου καλείται να αντιμετωπίσει τυχόν προβλήματα και αντιπαραθέσεις που δημιουργούνται στις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνομηλίκους του. Με βάση το νέο αυτό πλαίσιο το παιδί θα οδηγηθεί στο να αναθεωρήσει την εικόνα του εαυτού του και της προσωπικής του αξίας. Εξωοικογενειακοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα είναι το σχολείο και τα μέσα ενημέρωσης επιδρούν ώστε να αρχίσει να συντελείται από αυτή την ηλικία και έπειτα η δευτερογενής κοινωνικοποίηση.

Δύο είναι τα βασικά στοιχεία τα οποία κυριαρχούν στην ψυχοδυναμική του παιδιού στην περίοδο της σχολικής ηλικίας:

- Η επιθυμία του για συμμετοχή στις ομάδες των συνομηλίκων και για κοινωνική αναγνώριση και

- η τάση του για φιλοπονία και παραγωγικότητα.

Από την στιγμή που το παιδί θα εισέλθει στο σχολείο αρχίζει μία νέα περίοδος όπου διευρύνονται οι σχέσεις του με τους συνομηλίκους του, συμμετέχοντας ενεργά σε ομάδες. Αυτό σημαίνει ότι πλέον παύει να έχει εγωκεντρικό χαρακτήρα, αναζητά την επικοινωνία και την συντροφικότητα με πρόσωπα εκτός του οικογενειακού του περιβάλλοντος, δηλαδή με τους συνομηλίκους του με τους οποίους έρχεται σε άμεση επαφή μέσα από το σχολείο και με τους οποίους επιθυμεί έντονα να συναναστρέφεται. (Hay, 2010)

Ένας από τους πιο βασικούς αναπτυξιακούς στόχους σε αυτή τη φάση είναι το παιδί να εισέλθει όσο πιο ομαλά γίνεται στις ομάδες συνομηλίκων. Όσο μεγαλώνει προσκολλάται περισσότερο προς τους συνομηλίκους του παρά προς τους ενήλικους. Όσο διαρκεί το δημοτικό σχολείο παρατηρείται ότι το παιδί όλο και περισσότερο έρχεται σε αντίθεση με τους γονείς και τους δασκάλους του για το τι είναι σωστό ή λάθος, επιθυμητό ή ανεπιθύμητο σε πολλές καταστάσεις όπως για παράδειγμα στο φαγητό. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν το ενδιαφέρουν πλέον οι απόψεις των ενηλίκων αλλά λόγω της συναναστροφής του με τους συνομηλίκους του ακολουθεί περισσότερο την γνώμη των δεύτερων και επηρεάζεται μέσα από αυτούς, θέλοντας να αποκτήσει πρότυπα συμπεριφοράς. Κάτι τέτοιο αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο για την ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη. (Gunn, 2010)

Επιπρόσθετα, πρέπει να επισημάνουμε ότι κατά την διάρκεια της σχολικής περιόδου το παιδί είναι δυνατόν να αποκτήσει το συναίσθημα πως είναι παραγωγικό. Αυτό μπορεί να αποτελέσει μέγα κίνδυνο και να γίνει υπερβολικά ανταγωνιστικό θεωρώντας την παραγωγικότητα μέγιστο αγαθό ή να νιώσει ανεπαρκής και ανίκανος σαν προσωπικότητα, διότι θα εκτελεί ότι του ζητούν με αποτέλεσμα να αισθάνεται μειονεκτικά. Μεγάλο ρόλο, ιδιαίτερα σημαντικό, στη διαμόρφωση τέτοιων συναισθημάτων εκτός από το σχολείο, παίζει η οικογένεια. (Λουμάκου, 2010)

2.4 ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

Ο τρόπος ζωής του παιδιού μεταβάλλεται σημαντικά όταν το παιδί εισέρχεται στο σχολικό περιβάλλον. Υπάρχουν πολλές αλλαγές όσον αφορά την καθημερινότητα του. Δηλαδή, πρέπει πλέον να ξυπνά νωρίς, να περνά πολλές ώρες στο σχολείο οι οποίες είναι κουραστικές και κατόπιν, επιστρέφοντας στο σπίτι, να μπαίνει στην διαδικασία της προετοιμασίας των μαθημάτων του και των σχολικών του εργασιών, καθώς και να συμμετάσχει σε διάφορες άλλες

εξωσχολικές δραστηριότητες όπως οι αθλητικές και να ανταποκρίνεται εξίσου καλά και σε αυτές. Βασική προϋπόθεση ώστε το παιδί να αντιμετωπίσει αυτό το απαιτητικό πρόγραμμα, είναι να είναι ψυχολογικά και σωματικά έτοιμο. Για να αποδώσει καλύτερα όχι μόνο στο σχολείο αλλά και στις άλλες δραστηριότητες είναι βασικός ο παράγοντας της ισορροπημένης και σωστής διατροφής. Παρόλα αυτά όμως κάτι τέτοιο είναι αρκετά δύσκολο διότι λόγω δραστηριοτήτων όπως το φροντιστήριο ξένων γλωσσών, οι αθλητικές δραστηριότητες τα παιδιά αναγκάζονται να περνούν αρκετές ώρες μακριά από το σπίτι τους με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ακολουθήσουν τα απαραίτητα σωστά θρεπτικά γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας. Έτσι λοιπόν, καταναλώνουν τρόφιμα και λιχουδιές με χαμηλή θρεπτική αξία και πολλές θερμίδες σε ακατάστατες ώρες.

Τα κυλικεία στα σχολεία μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τις διατροφικές επιλογές των παιδιών και παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. Δυστυχώς όμως στις περισσότερες περιπτώσεις τα τρόφιμα που διατίθενται έχουν χαμηλή θρεπτική αξία με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος και ζάχαρη και έχουν υποστεί έντονη επεξεργασία με αποτέλεσμα να οδηγήσουν στην καταστροφή σημαντικών ποσοτήτων θρεπτικών συστατικών.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις η καλύτερη λύση είναι να υπάρχει η προετοιμασία μικρογευμάτων από το σπίτι τα οποία είναι διατροφικά ισορροπημένα και μπορούν να μεταφέρονται εύκολα από το παιδί στο σχολείο όπως για παράδειγμα φρέσκα φρούτα. Επίσης, πολύ σημαντικό είναι το παιδί να παίρνει ένα καλό πρωινό πριν φύγει για το σχολείο, ώστε να μην χρειάζεται να καταφεύγει στο κυλικείο του σχολείου, πράξη η οποία σύμφωνα με τους διατροφολόγους αποτελεί το βασικό και κύριο κομμάτι της ορθής και ισορροπημένης διατροφής.

Επίσης, το παιχνίδι αποτελεί το πιο ισχυρό μέσο έκφρασης των παιδιών. Χαίρονται, εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους, αντιλαμβάνονται τον κόσμο τους ως ένα οργανωμένο σύνολο και θέλουν συνεχώς να εμπλέκονται σε αυτό είτε βρίσκονται εντός σχολείου είτε εκτός. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά σ' αυτή την ηλικία χαρακτηρίζονται από μια έντονη ενεργητικότητα, είναι αυθόρμητα και διακρίνονται από έναν τεράστιο ενθουσιασμό κάτι που τα οδηγεί να θέλουν συνεχώς να μαθαίνουν καινούρια πράγματα και να αποκτούν νέες εμπειρίες. Μέσα από το παιχνίδι και τις διάφορες δραστηριότητες που έχουν με τους συνομηλίκους τους στα διαλλείματα του σχολείου, στο μάθημα της γυμναστικής αλλά και σε άλλες ώρες της ημέρας τα παιδιά γίνονται σωματικά δραστήρια. Αυτό σημαίνει ότι οι απαιτήσεις τους είναι αυξημένες και θα πρέπει να λαμβάνουν την απαραίτητη ενέργεια μέσα από θρεπτικά συστατικά. Αυτό

βέβαια διαφέρει από παιδί σε παιδί ανάλογα με την φυσική τους δραστηριότητα, τον ρυθμό ανάπτυξης τους και τον ρυθμό του μεταβολισμού τους.

Ακόμη, τα παιδιά θέλοντας να παίξουν, δεν επιθυμούν να καταναλώσουν τα γεύματα που τους παρέχουν οι γονείς τους ή καταναλώνουν ένα μικρό μέρος αυτών. Σ' αυτή την περίπτωση ο γονέας είναι ο πλέον αρμόδιος για να διαχειριστεί την κατάσταση, βάζοντας κάποια όρια ώστε να μην αποκλίνει το παιδί από τις διατροφικές του συνήθειες.

Πρέπει να αναφερθεί, πως εκτός από τα παιδιά που είναι σωματικά δραστήρια, υπάρχουν και εκείνα τα οποία ακολουθούν έναν καθιστικό τρόπο ζωής, περνώντας αρκετές ώρες μέσα στο σπίτι βλέποντας τηλεόραση ή απασχολούνται με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Σ' αυτή την περίπτωση είναι πιθανό να υπάρξει απόκτηση σωματικού βάρους, λόγω των χαμηλών ενεργειακών τους δαπανών σε συνδυασμό με τις αυξημένες θερμίδες που λαμβάνουν.

Για τους παραπάνω λόγους είναι βασικό τα παιδιά να καταναλώνουν συχνά γεύματα σε σταθερές ώρες της ημέρας και απαραίτητως ένα καλό πρωινό πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά. Για να διατηρούνται τα επίπεδα γλυκόζης ψηλά στο αίμα και για να τροφοδοτείται ο εγκέφαλος και το κεντρικό νευρικό σύστημα θα ήταν καλύτερο τα γεύματα να λαμβάνονται κάθε τέσσερις ώρες περίπου. Επίσης, όσον αφορά το βραδινό γεύμα πρέπει να λαμβάνεται κάποιες ώρες προτού το παιδί πάει για ύπνο ώστε να μην προσπαθεί να καλύψει τυχόν διατροφικά «κενά» που έχουν δημιουργηθεί κατά την διάρκεια της ημέρας. Με αυτό τον τρόπο, το παιδί θα έχει την ενέργεια ώστε να ανταπεξέλθει σε όλες τις δραστηριότητες του και την ικανότητα για συγκέντρωση και μνήμη. (Μελισσά-Χαλικιοπούλου, 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1 ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Τέτανος

Είναι μη μεταδοτική νόσος που εκδηλώνεται με ανεξέλεγκτους μυϊκούς σπασμούς και προκαλείται από το αναερόβιο κλωστηρίδιο του τετάνου το οποίο παράγει σπόρους. Η νόσος μπορεί να είναι θανατηφόρος, ειδικά σε βρέφη και σε άτομα προχωρημένης ηλικίας, και μπορεί να προληφθεί με εμβολιασμό.

Μπορεί να υπάρχει ιστορικό ανοικτού ή κλειστού τραύματος, χειρουργικής επεμβάσεως, εγκαύματος ή άλλης λύσης της συνέχειας του δέρματος. Ο χρόνος ανάμεσα στο τραύμα και στην εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων είναι μικρότερος από δύο εβδομάδες, αλλά μπορεί να κυμαίνεται ανάμεσα στις δύο ημέρες μέχρι δύο μήνες. Συνήθως η νόσος που εκδηλώνεται γρήγορα έχει πιο βαριά εξέλιξη. (Συλλογικό έργο, 2008)

Ξεκινά με πονοκέφαλο, ανησυχία, εφίδρωση, ευερεθιστότητα και συνεχίζεται με έντονους σπασμούς αρχικά στο πρόσωπο και στον αυχένα και έπειτα σε ολόκληρο το σώμα. Ένα πρώτο σημείο μπορεί να είναι ένα χαμόγελο στο πρόσωπο, που οφείλεται σε σύσπαση των μυών του προσώπου (σαρδόνιο γέλιο). Η σύσπαση των μαστητήρων μυών προκαλεί δυσκολία στη μάσηση, τα δόντια τρίζουν και η γνάθος είναι ακίνητη. (Sankaran et al., 2016)

Προοδευτικά η νόσος επεκτείνεται σε όλους τους μυς του σώματος και οποιοδήποτε ερέθισμα (απτικό, ακουστικό, οπτικό) μπορεί να προκαλέσει επώδυνους γενικευμένους σπασμούς, με αποτέλεσμα το παιδί και γενικά ο ασθενής να λαμβάνει μια συγκεκριμένη στάση σαν τόξο που είναι ο οπισθότονος. Ο ασθενής την ώρα των σπασμών έχει πνευματική διαύγεια, πράγμα που δεν συμβαίνει με τις άλλες μορφές σπασμών (επιληψία, πυρετικοί σπασμοί). Μπορεί να προκληθεί μέχρι και λαρυγγόσπασμος και σπασμός των αναπνευστικών μυών, με αποτέλεσμα ασφυξία. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται γενικευμένος τέτανος. Οι σπασμοί αρχίζουν να μειώνονται μετά από 1–2 εβδομάδες, η αποκατάσταση όμως είναι αργή. Η διάρκειά της, αν ο ασθενής επιζήσει, κυμαίνεται στους 1–2 μήνες ή και περισσότερο. Η πρόγνωση εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς (βαρύτερη πρόγνωση στα νεογνά), το πόσο γρήγορα εκδηλώνεται η νόσος και από το χρόνο έναρξης της θεραπείας. Η θνητότητα της νόσου είναι μεγάλη, και κυμαίνεται στο 10 – 30%.

Η διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα του ασθενούς, στο ιστορικό πρόσφατου τραυματισμού και μη εμβολιασμού. Δεν είναι απαραίτητα η απομόνωση του κλωστηριδίου για να τεθεί η διάγνωση. (Sankaran et al., 2016)

Η νοσηλεία του νεογνού πρέπει να γίνεται σε εντατική μονάδα με δυνατότητα άμεσης διασωλήνωσης και παροχής μηχανικού αερισμού αν χρειασθεί. Δίνεται αρχικά ειδική αντιτετανική γ σφαιρίνη (TIG) σε δόση 250 IU ενδομυϊκά. Παράλληλα χορηγείται πενικιλίνη 100.000 U/kg/24ωρο για 10 ημέρες. Το περιβάλλον του νεογνού πρέπει να είναι σχετικά ήσυχο και ο φωτισμός απαλός για να μην προκαλείται διέγερση του νεογνού και επίταση των τετανικών σπασμών.

Για την ανακούφιση από τις τετανικές συσπάσεις δίνεται διαζεπάμη ενδοφλέβια. (0,2mg/kg/6ωρο). Αν αυτή η θεραπεία αποτύχει, δίνεται μυοχαλαρωτικό (πανκουρόνιο ή το νεότερο Atracurium σε ρυθμό έγχυσης 0,006 mg/kg/min ενδοφλέβια) αφού όμως πρώτα το νεογνό διασωληνωθεί και τεθεί στον αναπνευστήρα.

Απαραίτητες είναι οι συχνές αναρροφήσεις των φαρυγγικών εκκρίσεων λόγω της δυσχέρειας κατάποσης του νεογνού και η παρεντερική κάλυψη των αναγκών του σε υγρά και θερμίδες. Οι επιπλοκές είναι πνευμονία, πνευμονική και εγκεφαλική αιμορραγία. ενώ οι σπασμοί μπορεί να προκαλέσουν σπονδυλικά κατάγματα. Ο υποχρεωτικός εμβολιασμός στη βρεφική ηλικία με το τριπλό εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας, του τετάνου και του κοκκύτη και η επανάληψη του εμβολίου κατά την κύηση προφυλάσσει το νεογνό από τον κίνδυνο του τετάνου.

Το εμβόλιο αυτό γίνεται από τη βρεφική ηλικία (2, 4 και 6 μηνών), σε ηλικία 18 μηνών, 4 – 6 μηνών και 11 – 12 ετών. Στη συνέχεια γίνεται μία αναμνηστική δόση κάθε 10 χρόνια, για να διατηρούνται τα επίπεδα των αντισωμάτων. Σε παιδιά άνω των 7 ετών και σε ενήλικες χορηγείται – αντί για το τριπλό – το διπλό εμβόλιο τύπου ενηλίκου (διφθερίτιδας – τετάνου). Στα βιβλιάρια των παιδιών σημειώνεται ως DTP, το οποίο τελευταίως τείνει να αντικατασταθεί από το ακυτταρικό εμβόλιο, που έχει λιγότερες παρενέργειες. (Συλλογικό έργο, 2008)

Κοκκύτης

Ο κοκκύτης είναι ένα λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από σπασμωδικό βήχα που καταλήγει σε εισπνευστικό συριγμό και οφείλεται στον αιμόφιλο του κοκκύτη. Ο μικροοργανισμός αυτός μπαίνει στον οργανισμό από την μύτη ή το στόμα και κυκλοφορεί σε

ολόκληρο τον οργανισμό. Τα παιδιά και γενικά οι άνθρωποι μολύνονται από τα σταγονίδια που εκπέμπει ο άρρωστος όταν μιλά, βήχει ή φταρνίζεται.

Τα στάδια της νόσου:

1. Το καταρροϊκό στάδιο που διαρκεί 1 – 2 εβδομάδες και εκδηλώνεται με χαμηλό πυρετό, συνάχι, ήπιο βήχα, ερεθισμό των επιπεφυκότων με δακρύρροια (κόκκινα ματάκια) και συρίττουσα αναπνοή (σφύριγμα στην αναπνοή). Συνήθως η κατάσταση μοιάζει με μία οποιαδήποτε ίωση του ανώτερου αναπνευστικού. Στη φάση αυτή το μικρόβιο έχει τη μέγιστη μεταδοτικότητά του. (Sankaran et al., 2016)

2. Παροξυσμικό στάδιο: το παιδί παρουσιάζει παροξυσμούς (κρίσεις) βήχα που μπορεί να είναι 5 – 40 στο 24ωρο. Μία τέτοια κρίση περιλαμβάνει στη διάρκεια μίας μόνο εκπνοής επαναλαμβανόμενες βηχικές δόσεις, που ξεκινούν από μία βαθιά εισπνοή και καταλήγουν σε απότομη και θορυβώδη εισπνοή αέρα (εισπνευστικό συριγμό). Συνήθως κάθε κρίση τελειώνει με έμετο. Σε βρέφη κάτω των 6 μηνών η κλινική εικόνα είναι διαφορετική και εδώ κυριαρχούν οι κρίσεις άπνοιας και οι έμετοι. Το παιδί σταματά να αναπνέει για λίγα δευτερόλεπτα και το πρόσωπό του παίρνει κυανή απόχρωση.

3. Στάδιο αποδρομής: διαρκεί 2 -3 εβδομάδες. Οι παροξυσμοί του βήχα γίνονται σιγά-σιγά αραιότεροι και με πιο ήπια εικόνα, ώσπου τελικά υποχωρούν. Τα παιδιά θα πρέπει να είναι ήρεμα, σε καθαρό περιβάλλον, να πίνουν υγρά, να έχουν μικρά και συχνά γεύματα. Αυτά τα παιδιά στο νοσοκομείο θα πρέπει να απομονώνονται από τους υπόλοιπους ασθενείς για να μην τους μεταδώσουν την αρρώστια. Τα νεογνά και τα βρέφη θα πρέπει να νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, λόγω του κινδύνου των απνοιών. Επιπλέον, χορηγούνται: (Συλλογικό έργο, 2008)

- Αντιβιοτικά (μακρολίδες): δεν αντιμετωπίζουν ακριβώς τη νόσο, όμως αποστειρώνουν το ρινοφάρυγγα και μειώνουν το χρόνο μετάδοσης της νόσου, αν δοθούν νωρίς στο καταρροϊκό στάδιο.

- Κορτικοστεροειδή

- Σαλβουταμόλη: μειώνει τη διάρκεια και την ένταση των παροξυσμών. Ο γιατρός μπορεί επίσης να αποφασίσει την χορήγηση κάποιου φαρμάκου με nebulizer ή να δώσει οδηγίες να αναρροφώνται τα πηκτά φλέγματα από το παιδί.

Τα αντιβηχικά φάρμακα δεν καταπραΰνουν το βήχα γι' αυτό και δεν χρησιμοποιούνται.

Στο στάδιο του παροξυσμικού βήχα το παιδί μπορεί να παρουσιάζει αρκετούς εμέτους. Προτιμάται να χορηγούνται γενικά τα υγρά. Σημαντική είναι η παρακολούθηση για πιθανές

επιπλοκές που πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα. Αν το παιδί νοσηλεύεται στο νοσοκομείο είναι στην αρμοδιότητα του γιατρού. Αν όμως το παιδί είναι στο σπίτι, πρέπει ο γιατρός που το παρακολουθεί να εξηγήσει λεπτομερώς τι πρέπει να προσέξει η οικογένεια και να τους εκπαιδεύσει κατάλληλα.

Οι επιπλοκές του κοκκύτη είναι συχνότερες στα βρέφη και τα εξασθενημένα άτομα και αφορούν κυρίως το αναπνευστικό και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

- Επιπλοκές από το αναπνευστικό: πνευμονία, ατελεκτασία, πνευμοθώρακας.

- Επιπλοκές στο κεντρικό νευρικό σύστημα: κοκκυτική εγκεφαλοπάθεια (προσβάλλει με σπασμούς, αταξία, νευρολογικά σημεία). Άλλες επιπλοκές είναι: υπογλυκαιμία, τετανία, κήλη, ρινορραγία, αιμορραγίες στον ίδιο τον εγκέφαλο, μπορεί να διογκώσουν την γλώσσα κατά τον παροξυσμικό βήχα.

Η πρόληψη για τον κοκκύτη επιτυγχάνεται με το εμβόλιο του κοκκύτη, το οποίο κυκλοφορεί στη χώρα μας ως τριπλό εμβόλιο, μορφή με την οποία χορηγείται, σε συνδυασμό με το εμβόλιο της διφθερίτιδας και του τετάνου.

Αφού γίνουν οι τρεις πρώτες δόσεις του εμβολίου (σε ηλικία 2, 4 και 6 μηνών) εξασφαλίζεται ανοσία σε ποσοστό πάνω από 80%. Αυτό σημαίνει ότι βρέφος άνω των 6 μηνών που είναι πλήρως εμβολιασμένο έχει μικρές πιθανότητες να κολλήσει κοκκύτη. Οι επόμενες δύο δόσεις γίνονται σε ηλικία 18 μηνών και 4–6 ετών, πάντα ως τριπλό εμβόλιο. Μετά την ηλικία των 7 ετών δεν κάνουμε εμβόλιο κοκκύτη λόγω των αυξημένων παρενεργειών που έχει, γι' αυτό μετά από την ηλικία αυτή, το εμβόλιο που κάνουμε είναι διπλό (τετάνου – διφθερίτιδας, τύπου ενήλικου). Η ανοσία που είχε δημιουργηθεί αρχίζει να υποχωρεί και μετά τα 12 χρόνια έχει σχεδόν εξαφανιστεί. Σε περίπτωση που κάποιος νοσήσει από κοκκύτη έχει ανοσία για όλη του τη ζωή.

Οστρακιά

Η οστρακιά είναι λοιμώδης, μεταδοτικό, εξανθηματικό νόσημα της παιδικής ηλικίας με βασικά χαρακτηριστικά τον υψηλό πυρετό και το ερυθρό εξάνθημα. Οφείλεται σε ένα μικρόβιο που λέγεται β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος. Το μικρόβιο αυτό παράγει μία ουσία (τοξίνη) που προκαλεί το χαρακτηριστικό εξάνθημα στα ευαίσθητα άτομα.

Η νόσος ξεκινά απότομα, με υψηλό πυρετό, πόνο στην κοιλιά, εμετό και δυσκολία στην κατάποση. Οι αμυγδαλές είναι διογκωμένες, κόκκινες και συχνά καλύπτονται από λευκό επίχρισμα. Παχύ επίχρισμα καλύπτει και τη γλώσσα, το οποίο αποκολλάται μία με δύο ημέρες μετά. Μετά η γλώσσα είναι οιδηματώδης και έντονου κόκκινου χρώματος (γλώσσα σαν κόκκινη φράουλα: «μοροειδής γλώσσα»).

Οι λεμφαδένες του τραχήλου είναι διογκωμένοι και πονούν στην ψηλάφηση. Το εξάνθημα εμφανίζεται δύο περίπου ημέρες μετά τα πρώτα συμπτώματα και είναι ερυθρό, στικτό (μικρές κοκκινωπές κηλίδες στο δέρμα σαν στίγματα), τραχύ και υποχωρεί με την πίεση. Ξεκινά από τον τράχηλο, τη μασχάλη και τη βουβωνική χώρα και πολύ γρήγορα, μέσα σε μία ημέρα, επεκτείνεται σε όλο το σώμα. Στο πρόσωπο παρατηρείται διάχυτη ερυθρότητα, με ωχρότητα γύρω από το στόμα. Στο εσωτερικό ορισμένων αρθρώσεων και κυρίως των αγκώνων εμφανίζονται αιμορραγικές γραμμώσεις που δεν υποχωρούν με την πίεση, που λέγονται σημείο Pastia. Το εξάνθημα διαρκεί 4-5 ημέρες και σταδιακά εξαφανίζεται ξεφλουδίζοντας το δέρμα.

Η γλώσσα του παιδιού στην αρχή είναι άσπρη, στη συνέχεια γίνεται κατακόκκινη και η επιφάνειά της μοιάζει με την επιφάνεια της φράουλας γι' αυτό και λέγεται μοροειδής γλώσσα. Οι αμυγδαλές του παιδιού είναι κόκκινες και καλυμμένες με πύον. Επίσης οι αδένες στο λαιμό μπορεί να είναι διογκωμένοι. Μετά την πρώτη εβδομάδα ο πυρετός, η δυσκαταποσία και το εξάνθημα υποχωρούν και ακολουθεί χαρακτηριστική πιτυρώδης απολέπιση στο πρόσωπο, τις παλάμες και τα δάχτυλα.

Η οστρακιά προκαλείται από διάφορα στελέχη του β-αιμολυτικού στρεπτόκοκκου της ομάδας A, που παράγουν ερυθρογόνο τοξίνη και προσβάλλει παιδιά άνω των 3ετών, κυρίως παιδιά σχολικής ηλικίας. Η τοξίνη αυτή δεν παράγεται από όλα τα είδη στρεπτόκοκκων και δεν είναι όλα τα άτομα ευαίσθητα σε αυτήν. Έτσι μπορεί δύο παιδιά της ίδιας οικογένειας να έχουν στρεπτόκοκκο στο λαιμό τους και μόνο το ένα να εκδηλώσει οστρακιά. Σπάνια, και ο σταφυλόκοκκος μπορεί να προκαλέσει εικόνα οστρακιάς.

Η οστρακιά μεταδίδεται μία με δύο ημέρες πριν και μετά την έναρξη της νόσου, μέσω της ρινοφαρυγγικής οδού, κυρίως μέσω των σταγονιδίων της αναπνοής και σπάνια με μολυσμένα αντικείμενα. Μπορεί επίσης να μεταδοθεί και μέσω του δέρματος. Ο χρόνος επώασης της νόσου είναι 2–5 ημέρες. Η διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα του ασθενούς, που συνήθως είναι χαρακτηριστική. Η απομόνωση του στρεπτόκοκκου στο φάρυγγα γίνεται με καλλιέργεια ή με το strept-test. Συνοδά εργαστηριακά ευρήματα είναι η λευκοκυττάρωση (αύξηση αριθμού λευκών

αιμοσφαιρίων αίματος και κυρίως των πολυμορφοπύρηνων) και η ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του στρεπτόκοκκου. Επιπλοκές υπάρχουν σε περίπτωση μη έγκαιρης έναρξης της θεραπείας. Η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί από το φάρυγγα και να προκαλέσει ωτίτιδα, μαστοειδίτιδα, περιαμυγδαλικό απόστημα. Επίσης μπορεί να επεκταθεί και αιματογενώς προκαλώντας μηνιγγίτιδα και οστεομυελίτιδα. Σπανιότερες επιπλοκές αποτελούν ο ρευματικός πυρετός και η μεταστρεπτοκοκκική σπειραματονεφρίτιδα.

Η νόσος αντιμετωπίζεται με αντιβιοτικά. Αφού περάσουν δύο περίπου ημέρες με αντιβίωση, το παιδί είναι κλινικά καλά, δηλαδή χωρίς πυρετό και δεν μεταδίδει πια τη νόσο. Η αντιβίωση όμως πρέπει να συνεχιστεί για όσο διάστημα έχει υποδείξει ο γιατρός. Δεν υπάρχει εμβόλιο. Για να προληφθεί η μετάδοση, καλό είναι το παιδί να απομονώνεται για δύο περίπου ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Το παιδί που έχει «περάσει» οστρακιά είναι άνοσο για τον τύπο του στρεπτόκοκκου που του προκάλεσε τη νόσο. Μπορεί δηλαδή να ξαναπάθει οστρακιά, αν έρθει σε επαφή με την τοξίνη κάποιου άλλου στελέχους στρεπτόκοκκου.

Οξεία μικροβιακή μηνιγγίτιδα

Η συχνότητα της μικροβιακής μηνιγγίτιδας είναι σχεδόν 1 για κάθε 2500 γεννήσεις ζώντων νεογνών και η νόσος ευθύνεται για 1%-4% των νεογνικών θανάτων. Μηνιγγίτιδα παρουσιάζουν πιο συχνά τα πρόωρα νεογνά, τα αγόρια και τα παιδιά με ιστορικό επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού. Οι μικροοργανισμοί που προκαλούν μηνιγγίτιδα είναι οι ίδιοι που ευθύνονται για την σηψαιμία κατά τη νεογνική περίοδο. Το κολοβακτηρίδιο και ο β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος της ομάδας B είναι τα πιο συχνά απομονωμένα μικρόβια (65%), ενώ άλλοι στρεπτόκοκκοι (εντερόκοκκοι), Gram- εντερικοί βάκιλοι (κλεμπσιέλα, enterobacter, serrátia) και η λιστέρια η μονοκυτογόνος ανευρίσκονται σπανιότερα. Η μηνιγγίτιδα οφείλεται συνήθως σε αιματογενή διασπορά των μικροβίων και γι' αυτό η συχνότητά της είναι 1 για κάθε 3-4 περιπτώσεις νεογνικής σηψαιμίας. Σπανιότερα, μηνιγγίτιδα προκαλείται από επέκταση παρακείμενης φλεγμαίνουσας περιοχής.

Προδιαθεσικοί παράγοντες της νόσου αποτελούν οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού, η προωρότητα, το άρρεν φύλο και η μηνιγγομυελοκήλη.

Τα συμπτώματα της μηνιγγίτιδας είναι τα ίδια με αυτά της σηψαιμίας, γι' αυτό και σε κάθε νεογνό με ύποπτη ή βέβαιη σηψαιμία επιβάλλεται να γίνεται οσφυονωτιαία παρακέντηση.

Συχνά, μη ειδικά συμπτώματα κατά την έναρξη της νόσου είναι ο πυρετός (50%), η αναπνευστική δυσχέρεια, ο ίκτερος, η δυσχέρεια στη σίτιση, οι εμετοί, η διάρροια και η γαστρική διάταση. Στο 1/3 των περιπτώσεων υπάρχει λήθαργος, ευερεθιστότητα και υποτονία. Σπασμοί συμβαίνουν στο 40% των νεογνών και οφείλονται σε άμεση φλεγμονή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) ή σε υπογλυκαιμία ή υπασβεστιαίμια.

Σε κάθε νεογνό με υποψία μηνιγγίτιδας πραγματοποιείται καλλιέργεια αίματος και καλλιέργεια ούρων.

Οι επιπλοκές της μηνιγγίτιδας είναι οι εξής:

- Αρθρίτιδα
- Μυοκαρδίτιδα
- Περικαρδίτιδα
- Βαρηκοΐα
- Υδροκεφαλία
- Απόστημα
- Νευρολογικό έλλειμμα
- Απώλεια όρασης

Μέχρι να προσδιορισθεί ο υπεύθυνος μικροοργανισμός, χορηγείται συνδυασμός αμπικιλίνης και αμινογλυκοσίδης (γενταμυκίνη ή αμικασίνη). Η δόση της αμπικιλίνης είναι 100 mg/kg/ημερησίως σε δύο δόσεις την 1η εβδομάδα της ζωής και 200 mg/kg/ημερησίως σε 3 δόσεις τη 2η–4η εβδομάδα. Οι δόσεις των αμινογλυκοσιδών είναι οι ίδιες με της σηψαιμίας.

Στην επιτυχή αντιμετώπιση της νεογνικής μηνιγγίτιδας μεγάλη αξία έχει η συνολική υποστηρικτική αγωγή. Συχνές είναι οι διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών, ιδίως τις πρώτες ημέρες της νόσου, λόγω παράδοξης έκκρισης της αντιδιουρητικής ορμόνης η οποία προκαλεί κατακράτηση υγρών και υπονατριάμια.

Απαιτείται συχνό ζύγισμα του νεογνού, του ποσού και του Ειδικού Βάρους (E.B.) των ούρων, της ωσμωτικότητας του αίματος και των ούρων. Άλλες συχνές επιπλοκές που επιβάλλουν ανάλογη αγωγή, είναι η υπογλυκαιμία, η υπασβεστιαίμια, η υπερχολερυθριναιμία και η μεταβολική οξέωση.

Συχνά το νεογνό χρειάζεται να τεθεί σε αναπνευστήρα, ενώ για υποστήριξη της συστηματικής του κυκλοφορίας χορηγείται πλάσμα, αίμα και κολλοειδή σε συνδυασμό με

ινότροπα φάρμακα. Σε σπασμούς χορηγείται φαινοβαρβιτάλη (10-20 mg/kg ενδομυϊκά) ή υδαντοΐνη (10-20 mg/kg) ή διαζεπάμη σε βραδεία χορήγηση (0.1 – 1 mg/kg).

Για ορισμένες μορφές μηνιγγίτιδας, όπως η μικροβιακή υπάρχουν κατάλληλα εμβόλια. Δεν μπορούν βέβαια να προφυλάξουν από όλες τις μορφές μηνιγγίτιδας, φαίνεται όμως ότι η χρήση τους είναι σωτήρια για τις συγκεκριμένες περιπτώσεις νόσησης από συγκεκριμένα μικρόβια. Για τον αιμόφιλο της γρίπης υπάρχει εμβόλιο, το οποίο χρησιμοποιείται τα τελευταία χρόνια και έχει μειώσει εντυπωσιακά τη συχνότητα αυτής της μηνιγγίτιδας των μικρών παιδιών. Το εμβόλιο αυτό γίνεται σε ηλικία 2, 4 και 6 μηνών και μία επαναληπτική δόση γίνεται 12 – 15 μηνών.

Πνευμονία

Πνευμονία που συμβαίνει κατά τη γέννηση και τα συμπτώματα της νόσου εκδηλώνονται τις πρώτες ώρες έως τις πρώτες ημέρες της ζωής με οξεία αναπνευστική δυσχέρεια, ενώ συχνά συνυπάρχει σηψαιμία. Η νόσος προκαλείται από εισρόφιση αμνιακού ή άλλων υγρών πριν ή κατά τη διάρκεια του τοκετού και οφείλεται σε μικροοργανισμούς που αποικίζουν το γεννητικό σωλήνα. Τα τελευταία χρόνια το συχνότερο αίτιο είναι ο στρεπτόκοκκος της ομάδας B και σπανιότερα ο αιμόφιλος της ινφλουέντζας, ο πνευμονιόκοκκος και άλλοι στρεπτόκοκκοι (ομάδα A, D, G και μη αιμολυτικοί). Άλλη μεγάλη ομάδα βακτηριδίων που προκαλούν πρόιμης έναρξης σηψαιμία και πνευμονία είναι οι Gram- εντερικοί βάκιλοι, με συχνότερο αίτιο το κολοβακτηρίδιο και σπανιότερα την κλεμψιέλλα, το εντεροβακτηρίδιο και τον πρωτέα. Τέλος αρκετοί αναερόβιοι μικροοργανισμοί πρόσφατα έχουν περιγραφεί σαν πιθανές αιτίες πνευμονίας τη πρώτη εβδομάδα της ζωής όπως τα γλαμύδια, το ουρεόπλασμα, η τριχομονάδα και οι μύκητες. Η πνευμονία από αναερόβια μικρόβια συνοδεύεται από παρατεταμένη ρήξη θυλακίου και δύσοσμο αμνιακό υγρό.

Πνευμονία που συμβαίνει μετά τη γέννηση και εκδηλώνεται μετά την πρώτη εβδομάδα της ζωής και ενώ το νεογνό νοσηλεύεται στο νοσοκομείο ή βρίσκεται στο σπίτι του. Η νοσοκομειακή πνευμονία, κατά την περίοδο αυτή, είναι κυρίως μικροβιακή, σπανιότερα ιογενής και περιστασιακά μυκητιασική. Τα κυρίως υπεύθυνα μικρόβια είναι ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος και Gram- όπως κολοβακτηρίδιο, κλεμψιέλλα, εντεροβακτηρίδιο, ψευδομονάδα, σερράτια ή acinetobacter. Από τους ιούς ο αναπνευστικός συγκυτιακός ιός (RSV) , ο ιός της ινφλουέντζας και παραϊνφλουέντζας, οι ρινοϊοί, εντεροϊοί και ο ιός της ανεμοβλογιάς μπορεί να προκαλέσουν

επιδημίες σε νεογνικά τμήματα. Τέλος, μυκητιασική πνευμονία κυρίως με *Candida*, συμβαίνει δευτεροπαθώς σε πολύ μικρού βάρους γέννησης νεογνά με κεντρικούς αγγειακούς καθετήρες, μακροχρόνια νοσηλεία και θεραπεία με ευρέως φάσματος αντιβιοτικά. Στα νεογνά που η πνευμονία εκδηλώνεται ενώ βρίσκονται ήδη στο σπίτι τους, η νόσος είτε αρχίζει σαν λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού και συχνότερα αίτια είναι ο ιός της ινφλουέντζας Α, ο αναπνευστικός συγκυτιακός ιός, ο ιός της παραϊνφλουέντζας, οι εντεροϊοί και η μπορντετέλλα του κοκκύτη, είτε οφείλεται σε περιγεννητική λοίμωξη με έναρξη των συμπτωμάτων μετά την πρώτη εβδομάδα της ζωής. Στα αίτια περιλαμβάνονται τα χλαμύδια, ο μεγαλοκυτταροϊός και η πνευμοκύστη *carinii*. (McCaffrey et al., 2016)

Τα πρώιμα συμπτώματα της λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος είναι μη ειδικά κατά τη νεογνική περίοδο και περιλαμβάνουν:

1. Διαταραχές θερμοκρασίας,
2. Ταχυκαρδία ή βραδυκαρδία ,
3. Ταχύπνοια
4. Άπνοια
5. Ευερεθιστότητα ή λήθαργο
6. Γαστρική διάταση
7. Διαταραχές σίτισης
8. Εμετούς
9. Διάρροια ή ίκτερο.

Νεογνά με ενδομήτρια λοίμωξη μπορεί να παρουσιάζουν μικροκεφαλία, ηπατοσπληνομεγαλία ή πετέχειες. Από το αναπνευστικό, τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι:

1. Καταρροή
2. Γογγυσμός
3. Κυάνωση
4. Εισολκή σφαγής και μεσοπλευρίων.

Βήχας και ρόγχοι μπορεί να υπάρχουν χωρίς όμως να είναι παθογνωμικά. Η επιδείνωση της αναπνευστικής κατάστασης σε ένα νοσηλευόμενο νεογνό με ανεξήγητη αύξηση των αναγκών σε οξυγόνο, αύξηση της συχνότητας των αναπνοών ή ανάγκη για μεγαλύτερη πίεση στον αναπνευστήρα, μπορεί να υποδηλώνει πνευμονική νόσο. Η ακτινογραφία θώρακος είναι η πιο χρήσιμη εξέταση για τη διάγνωση της πνευμονίας. Η καλλιέργεια αίματος και οι καλλιέργειες

των τραχειακών εκκρίσεων βοηθούν συχνά στον καθορισμό του αιτιολογικού παράγοντα. Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων βοηθά στη διαφοροδιάγνωση της ιογενούς από τη μικροβιακή πνευμονία. Νεογνά με πρώιμη λοίμωξη και σηψαιμία μπορεί να έχουν λευκοπενία και αύξηση των άωρων μορφών των πολυμορφοπύρηνων. Σε λοίμωξη από χλαμύδια υπάρχει ωσινοφιλία στο αίμα.

Η νεογνική πνευμονία είναι δυνητικά απειλητική για τη ζωή νόσος. Αρχική εμπειρική θεραπεία αποτελεί ο συνδυασμός αμπικιλίνης και αμινογλυκοσίδης, ενώ εναλλακτικό σχήμα είναι η αμπικιλίνη με την κεφοταξίμη. Η θεραπεία τροποποιείται βάσει του απομονωμένου μικροοργανισμού και η διάρκειά της κυμαίνεται συνήθως από 10-14 ημέρες. Αν το νεογνό είναι σε εντατική νοσηλεία για μακρύ χρονικό διάστημα και παρουσιάσει πνευμονία, αυτή συνήθως οφείλεται σε ψευδομονάδα, σταφυλόκοκκο, κλεμψιέλλα ή σε ρράτια και εξ αρχής χορηγούνται τα κατάλληλα αντιβιοτικά. Μεγάλη σημασία έχει η συμπτωματική αγωγή με χορήγηση οξυγόνου, αναρρόφηση τραχειακών εκκρίσεων, συχνή φυσιοθεραπεία, παρεντερική χορήγηση υγρών και τέλος μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. (Συλλογικό έργο, 2008)

3.2 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Ιλαρά

Η ιλαρά πρόκειται για μια ιογενή λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και του δέρματος, η οποία οφείλεται σε ένα RNA ιό της ομάδας των παραμυξοϊών. Ο ιός διασπείρεται και μολύνει μέσω της αναπνευστικής οδού με τα σταγονίδια, όμως λόγω του εμβολιασμού σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού έχουν ελαττωθεί σημαντικά τα κρούσματα. Είναι περισσότερο συχνή το χειμώνα και την άνοιξη. Οι ηλικίες στις οποίες εμφανίζονταν συχνότερα πριν την εφαρμογή του μαζικού εμβολιασμού ήταν 5-10 ετών. Τα βρέφη μέχρι την ηλικία των 6 μηνών έχουν ανοσία από μητρικά αντισώματα. Η νόσος προσβάλλει άτομα τα οποία δεν έχουν νοσήσει και έρχεται κατά επιδημίες. Ο χρόνος επώασης είναι 10-12 ημέρες. Κατόπιν εμφανίζεται πυρετός, κακοδιαθεσία, ρινίτιδα, επιπεφυκίτιδα, αρθραλγίες και επίμονος ξηρός βήχας, τα οποία υποχωρούν σε διάστημα λίγων ημερών. Στο πρόδρομο ή καταρροϊκό στάδιο παρουσιάζονται μικρές λευκωπές κηλίδες με κόκκινη περιφέρεια (κηλίδες Koplik) στην εσωτερική επιφάνεια των παρειών. Έπειτα ακολουθεί το λεγόμενο εξανθηματικό στάδιο όπου παρουσιάζεται το εξάνθημα γύρω στην 4η- 5η ημέρα με πολυάριθμες ερυθρού χρώματος κηλίδες και μικρές

βλατίδες στο πρόσωπο, πίσω από τα αυτιά και στο ανώτερο τμήμα του τραχήλου. Επεκτείνεται στον κορμό και στα άκρα σε διάστημα 3 ημερών με τάση συρροής των βλαβών. Ο βήχας και ο πυρετός χειροτερεύουν. Λίγες μέρες μετά υποχωρεί ο πυρετός και μετά την 7η μέρα υποχωρεί και το εξάνθημα. Μερικές φορές δημιουργείται λεπτή απολέπιση του δέρματος. Αφού υποχωρήσουν τα συμπτώματα, ο άρρωστος εισέρχεται στο τρίτο στάδιο, όπου είναι το στάδιο της ανάρρωσης. Η ιλαρά προκαλεί επιπλοκές στο αναπνευστικό και νευρικό σύστημα όπως και σε άλλα συστήματα. Επιπλοκές που δημιουργούνται από το νευρικό σύστημα και που είναι πιο θοσπάνιες είναι: η εγκεφαλίτιδα και κάνει την εμφάνισή της συνήθως μια βδομάδα μετά την εμφάνιση του εξανθήματος και εκδηλώνεται με διέγερση, εμετούς, σπασμούς και τελικά κώμα. Όσοι επιζήσουν έχουν μόνιμη εγκεφαλική βλάβη και καθώς σταδιακά επιδεινώνεται εκδηλώνεται μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα η υποξεία σκληρυντική παρεγκεφαλίτιδα. Οφείλεται πιθανόν σε διαταραχή της κυτταρικής ανοσίας με αποτέλεσμα να παραμένει ο ιός για πολλά χρόνια στα κύτταρα του εγκεφάλου. (Plachter, 2016)

Στο αναπνευστικό σύστημα οι συχνότερες επιπλοκές είναι η ωτίτιδα, παραρρινοκολπίτιδα και βρογχοπνευμονία. Η εμφάνιση των επιπλοκών δημιουργείται από την συνέχιση του πυρετού μετά την εκδήλωση του εξανθήματος. Στα βρέφη μπορεί να εμφανιστεί βρογχολίτιδα, πνευμονία ή λαρυγγίτιδα. Άλλες επιπλοκές είναι αιμορραγική ή μαύρη ιλαρά με χαρακτηριστικά τον πυρετό, αιμορραγίες από πολλά όργανα και προσβολή του νευρικού συστήματος. Επίσης άλλες επιπλοκές είναι η θρομβοπενία, η κερατίτιδα, η οπτική νευρίτιδα, η μυοκαρδίτιδα, η σκωληκοειδίτιδα, η αναζωπύρωση παλιάς φυματίωσης και πολλές άλλες. Σε περίπτωση προσβολής μιας εγκύου γυναίκας μπορεί να υπάρξει πρόωρος τοκετός ή θάνατος του εμβρύου.

Ερυθρά

Η ερυθρά οφείλεται στον ιό της ερυθράς και μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο με άμεση επαφή (με τα σταγονίδια). Ο ιός βρίσκεται στις εκκρίσεις του ρινοφάρυγγα μια βδομάδα πριν, έως μια βδομάδα μετά την εμφάνιση του εξανθήματος και στο αίμα των πασχόντων μια έως δυο μέρες πριν, έως δυο μέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος. Συνήθως τα περισσότερα κρούσματα ερυθράς παρατηρούνται στο τέλος του χειμώνα, μέχρι και την αρχή της άνοιξης. Έχει χρόνο επώασης 14-21 ημέρες με χαρακτηριστικό πόνο στο φάρυγγα, μυαλγίες, πυρετό ο οποίος διαρκεί μία έως δύο μέρες και παρατηρείται διόγκωση των λεμφαδένων πίσω από τα

αυτιά και τον τράχηλο και συνήθως προηγείται του εξανθήματος. Μετά τον πυρετό, την επόμενη δηλαδή μέρα, εμφανίζεται κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα όμοιο με την ιλαρά αλλά με διαφορά ότι είναι πιο αραιό και αρχίζει από το κεφάλι και προχωράει προς το υπόλοιπο σώμα.

Επίσης, σημαντικό σημείο αποτελεί η παροδική διόγκωση και πόνος των αρθρώσεων που μπορεί να παρουσιασθεί σε μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους κατά τη διάρκεια της νόσου. Πρέπει να σημειωθεί η τερατογόνος δράση του ιού κατά την εγκυμοσύνη. Όταν η μητέρα έχει ανοσία στην ερυθρά, τους πρώτους 5-6 μήνες της ζωής του βρέφος έχει ανοσία από παθητικά αντισώματα της μητέρας. Η εξέλιξη της ερυθράς είναι σχεδόν πάντοτε καλή. Οι επιπλοκές είναι σπάνιες: αρθρίτιδα, θρομβοπενική πορφυρά, εγκεφαλίτιδα και το σύνδρομο της συγγενούς ερυθράς, όταν νοσήσει η έγκυος.

Παρωτίτιδα

Η παρωτίτιδα ή αλλιώς μαγουλάδες, οφείλεται στον ιό της παρωτίτιδας και μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο με τα σταγονίδια. Χρόνος επώαση της παρωτίτιδας είναι 2-3 βδομάδες αρχικά εκδηλώνετε με φαινόμενο όπως πυρετό, κεφαλαλγία, μυαλγίες κυρίως στον αυχένα. Μετά από 1-2 ημέρες ή και ταυτόχρονα δημιουργείται διόγκωση τον ενός ή και των δυο παρωτιδικών αδένων η οποία είναι επώδυνη και επεκτείνεται μέχρι των λοβό του αυτιού. Χαρακτηριστικό σημείο της παρωτίτιδας είναι η εξαφάνιση της γωνίας της κάτω γνάθου από τη διόγκωση του παρωτιδικού αδένου και το οίδημα του δέρματος. Η πλήρης διόγκωση γίνεται μέσα σε 1-3 μέρες και υποχωρεί μέσα σε 3-7 μέρες. (Συλλογικό έργο, 2008)

Οι επιπλοκές της είναι:

Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα: Έχει καλή πρόγνωση και υποχωρεί μέσα σε λίγες μέρες χωρίς καμία ιδιαίτερη θεραπεία εμφανίζετε πριν ή και μετά τη διόγκωση των παρωτίδων.

Άσηπτη μηνιγγίτιδα: Είναι μια συχνή επιπλοκή με εμετό και κεφαλαλγία.

Ορχίτιδα: Εμφανίζεται μετά από 8 η περισσότερες ημέρες μετά από την έναρξη της νόσου και παρατηρείτε σε εφήβους και ενήλικες. Είναι συνήθως μια νόσος ετερόπλευρη που εκδηλώνετε με φαινόμενα όπως πυρετό, κεφαλαλγία, ναυτία και επώδυνη διόγκωση του όρχεως, με ερυθρότητα και οίδημα του γύρω δέρματος. Η αμφοτερόπλευρη ορχίτιδα είναι σπάνια προκαλώντας στέρωση από ατροφία και των δύο όρχεων.

Ωοθηκίτιδα: Εκδηλώνεται με πόνους στην κοιλιά, πυρετό, ναυτία και εμετούς. Εμφανίζεται σε εφήβους και ενήλικες.

Παγκρεατίτιδα: Εκδηλώνεται με κοιλιακό πόνο στο υπογάστριο, πυρετό και εμετούς. Πιο σπάνιες επιπλοκές είναι η κώφωση, η θυροειδίτιδα, η αρθρίτιδα και άλλες.

Ανεμοβλογιά

Η ανεμευλογιά ή αλλιώς ανεμοβλογιά είναι μία εξανθηματική λοιμώδης νόσος, μεταδοτική και οφείλεται στον ιό *herpesvirusvaricella*. Τα περισσότερα παιδιά και ιδιαίτερα αυτά που κατοικούν σε πόλεις μολύνονται από τη νόσο ήπια μέχρι και την ηλικία των 9 ετών ενώ στους ενήλικες είναι πιο σοβαρή λόγω διαφόρων επιπλοκών, όπως η βρογχοπνευμονία, θαμβωτική πορφυρά, μηνιγγοεγκεφαλίτιδα. Σε ανοσοκατασταλμένους αρρώστους μπορεί να απειλήσει τη ζωή τους, επειδή μπορεί να αναπτυχθεί γενικευμένη αιμορραγική ποικιλία της νόσου. Η μετάδοση της νόσου γίνεται κυρίως με σταγονίδια από το φάρυγγα και ελάχιστα από δερματικές βλάβες. Εφόσον προσβληθεί το άτομο μία φορά, μία δεύτερη προσβολή είναι πολύ σπάνια. Ο χρόνος επώασης είναι 14-17 ημέρες με φαινόμενα αδιαθεσίας, ανορεξίας, πονοκέφαλο και πυρετό γύρω στους 38°C, ιδιαίτερα στα παιδιά 1-2 μέρες πριν την εμφάνιση του εξανθήματος αλλά και όχι μόνο σε αυτά. Το εξάνθημα αποτελείται από βλατίδες, φλύκταινες και εφελκιδώδεις βλάβες, δίνοντας την εικόνα πολυμορφίας.

Αρχικά, το εξάνθημα αποτελείται από κνησμώδεις και ερυθματώδεις βλατίδες χρώματος ρόδινου ή ερυθρού που εντοπίζονται στο κορμό. Οι βλατίδες παρουσιάζουν γρήγορα μία κεντρική φυσαλίδα που το περιεχόμενό της περιέχει ορώδες υγρό- θολερό. Στη συνέχεια σχηματίζεται ομφαλωτή φλύκταινα περιβαλλόμενη από ερυθρή άλω. Τελικά αυτή σπάει και εμφανίζονται εφελκίδες οι οποίες αποπίπτουν και παραμένουν υπέρχροες κηλίδες στη θέση τους. Η βλάβη επουλώνεται χωρίς ουλοποίηση εκτός εάν υπάρξει μικροβιακή επιμόλυνση. Το εξάνθημα εμφανίζεται ταχέως και εντοπίζεται κυρίως στον κορμό, στο πρόσωπο, στο τριχωτό της κεφαλής και στα άκρα. Πιο σπάνια προσβάλλονται οι παλάμες και τα πέλματα, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι στις βλάβες στο στόμα μπορεί να σχηματιστούν επιπολής ελκώσεις στην υπερώα, στο φάρυγγα καθώς και στους επιπεφυκότες. Η διάρκεια της νόσου είναι 20- 30 ημέρες. (Plachter, 2016)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Οι λοιμώξεις παρουσιάζονται κατά κύριο λόγο τους φθινοπωρινούς και τους χειμερινούς μήνες. Παράλληλα, ανάλογα με την περίπτωση οι λοιμώξεις μπορεί να είναι ελαφριάς ή βαριάς μορφής με σοβαρές επιπλοκές οι οποίες εάν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως μπορεί να οδηγήσουν και στο θάνατο.

Τα τελευταία δέκα χρόνια έχει παρατηρηθεί ότι στις ανεπτυγμένες χώρες έχουν παρουσιαστεί μεγάλες πρόοδοι από την Ιατρική Επιστήμη σχετικά με τη μείωση των ποσοστών εμφάνισης λοιμώξεων. Ωστόσο, το γεγονός ότι τα μικρόβια πλέον παρουσιάζουν μεγαλύτερη αντοχή στα αντιβιοτικά έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση κρουσμάτων λοιμώξεων τα οποία χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε μια λοίμωξη είναι το αποτέλεσμα μιας επίθεσης μικροβίου στον οργανισμό. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί και να γίνει αντιληπτό ότι τα μικρόβια αποτελούν ζωντανούς οργανισμούς οι οποίοι προσπαθούν να συντηρηθούν. Αυτό σημαίνει ότι όταν ο οργανισμός λαμβάνει αντιβιοτικά, τα μικρόβια προσπαθώντας να επιβιώσουν, μεταλλάσσονται και γίνονται πιο ανθεκτικά. Γι αυτό το λόγο τα αντιβιοτικά θα πρέπει να λαμβάνονται κατόπιν εντολής ιατρού, όταν είναι απαραίτητο και στο σωστό χρόνο θεραπείας. Επίσης, το ακατάλληλο αντιβιοτικό μπορεί να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα καθώς το μικρόβιο, στην ακατάλληλη έκθεση αντιβιοτικών θα αντιδράσει ομοίως όπως ο οργανισμός του ανθρώπου στο εμβόλιο. (http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=951)

Η πρόληψη των λοιμώξεων χωρίζεται σε δύο πυλώνες. Ο πρώτος πυλώνας σχετίζεται με τα εμβόλια κατά των ιών και των βακτηρίων, ενώ ο δεύτερος πυλώνας σχετίζεται με κανόνες υγιεινής των οποίων η εφαρμογή τους μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες εκδήλωσης κάποιας αναπνευστικής λοίμωξης. Αναλυτικότερα:

Τα εμβόλια που υπάρχουν κατά των αναπνευστικών λοιμώξεων για παράδειγμα, είναι αρχικά το εμβόλιο της γρίπης το οποίο θα πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο και ιδιαίτερα στις ομάδες υψηλότερου κινδύνου οι οποίες είναι:

- Ø Τα άτομα ηλικίας πάνω από 60 ετών
- Ø Το προσωπικό που εργάζεται στα νοσοκομεία (γιατροί, νοσηλεύτές).
- Ø Άτομα με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή άσθμα

- Ø Άτομα με χρόνιες καρδιακές παθήσεις και ανοσοκαταστολή
- Ø Άτομα με δρεπανοκυτταρική νόσο,
- Ø Άτομα με σακχαρώδη διαβήτη
- Ø Άτομα με χρόνιες παθήσεις νεφρού.
- Ø Γυναίκες στην εγκυμοσύνη
- Ø Παχύσαρκοι κλπ.

Άλλο ένα πολύ σημαντικό εμβόλιο που συνιστάται στους ενήλικες και πραγματοποιείται υποχρεωτικά στα παιδιά ηλικίας μικρότερα από πέντε ετών είναι το Prevenar-13 το οποίο δρα κατά του πνευμονιόκοκκου. Το συγκεκριμένο εμβόλιο δρα καταλυτικά στην πρόληψη ασθενειών όπως είναι η πνευμονία, η βακτηριαίμια κλπ.

Όσον αφορά τα μέτρα πρόληψης και τους κανόνες υγιεινής που συμβάλλουν στη μείωση πιθανοτήτων εμφάνισης κάποιας λοίμωξης είναι αρχικά οι ετήσιες προληπτικές εξετάσεις που θα πρέπει να πραγματοποιούνται από όλους αλλά ιδιαίτερα από τις υψηλές ομάδες κινδύνου. Θεωρούνται πολύ σημαντικές καθώς μπορούν να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν εγκαίρως καταστάσεις και ασθένειες που προκαλούν πτώση του ανοσοποιητικού συστήματος.

Στη συνέχεια, η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, δηλαδή η υγιεινή διατροφή σε συνδυασμό με τη φυσική άσκηση συμβάλλει στην ενίσχυση του οργανισμού με φυσικό επακόλουθο την μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης κάποιας αναπνευστικής λοίμωξης. Στα πλαίσια της υγιεινής διατροφής ο οργανισμός θα πρέπει να καταναλώνει πολλά φρούτα και λαχανικά ενώ θα πρέπει να περιορίζει την κατανάλωση κρέατος.

Στα μέτρα πρόληψης περιλαμβάνεται και ο συχνός αερισμός των κλειστών χώρων κατά τη διάρκεια του χειμώνα όπου παρουσιάζεται κατά κύριο λόγο έξαρση των λοιμώξεων. Το τακτικό πλύσιμο των χεριών θα πρέπει να αποτελεί κύριο μέλημα του πληθυσμού ενώ θα πρέπει να αποφεύγεται το άγγιγμα των ματιών, της μύτης και του στόματος. (<http://www.megamed.gr/>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

5.1 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ένας πολύ σημαντικός κλάδος της γενικής νοσηλευτικής είναι η παιδιατρική νοσηλευτική, ο οποίος ασχολείται με την φροντίδα του παιδιού και την όσο καλύτερη παροχή της. Ο διαχωρισμός του αποτελείται από πολλές κατηγορίες οι οποίες είναι ο παθολογικός, ο χειρουργικός, ο ογκολογικός, ο ψυχιατρικός, ο ορθοπεδικός, ο ενδοκρινολογικός, ο οφθαλμολογικός και η εντατική. Σε κάθε έναν από αυτούς, ο ρόλος και οι ευθύνες του νοσηλευτή είναι διαφορετικές. Αυτό συνεπάγεται, ότι ο νοσηλευτής που έχει αποφασίσει να ασχοληθεί με τον παιδιατρικό τομέα θα πρέπει να είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ξεχωριστού αυτού τομέα, να σταθεί αντάξιος των απαιτήσεων και να προσεγγίσει πολύπλευρα το παιδί και το κομμάτι της θεραπείας του, αγωνιζόμενος με όσα όπλα διαθέτει ώστε να επιτύχει το στόχο του, την βέλτιστη πολύ-παραγοντική θεραπεία. Τα όπλα τα οποία θα πρέπει να διαθέτει αφορούν στην καλή συνεργασία, την αγάπη προς το παιδί και τη βαθιά συνειδητοποίηση ότι το παιδί αποτελεί μια πολύ τρυφερή και ευαίσθητη οντότητα με δική του προσωπικότητα, δικές του βασικές ανάγκες, δικούς του μηχανισμούς άμυνας.

Τα παιδιά που εισέρχονται στο παιδιατρικό νοσοκομείο είναι βρεφικής ηλικίας έως και εφηβικής και ο ρόλος του νοσηλευτή ξεκινάει από το πρώτο τμήμα του παιδιατρικού νοσοκομείου, που είναι τα εξωτερικά ιατρεία. Το παιδί και οι γονείς με την εισαγωγή στο νοσοκομείο κυριεύονται από τα συναισθήματα του φόβου και το πρώτο πράγμα που επιθυμούν είναι να λυθεί το πρόβλημα τους, να πάρουν το υγιές παιδί τους και να αποχωρήσουν. Για το παιδί ο χώρος του νοσοκομείου καθώς είναι άγνωστος, του δημιουργεί φόβο, πράγμα που σημαίνει ότι έχει τάσεις φυγής, καθώς δεν μπορεί να παίξει και δεν έχει ελευθερία κινήσεων. Τα συναισθήματα του είναι η ανασφάλεια, η νευρικότητα και το άγχος. Τις περισσότερες φορές τα συγκεκριμένα συναισθήματα συνοδεύονται και από προβλήματα συμπεριφοράς, όπως είναι το κλάμα, η ευερεθιστότητα, η άρνηση λήψης τροφής, η αυτοεγκατάλειψη, η νωθρότητα, η επιθετικότητα και οι διαταραχές ύπνου. Σε όλη αυτή τη διαδικασία ο νοσηλευτής διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Θα πρέπει να συνεργάζεται όσο γίνεται καλύτερα με το παιδί και την οικογένεια ώστε να εκτιμήσει τις ανάγκες τους, καθώς επίσης είναι πολύ βασικό να σχεδιάζει

παρεμβάσεις ώστε το τελικό πλάνο φροντίδας να είναι αυτό που πραγματικά ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού .

Συγκριτικά με τους ενήλικες, οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή στα περιστατικά των παιδιών σχολικής ηλικίας παρουσιάζουν διαφορές. Η παιδική ηλικία έχει κάποιες ιδιαιτερότητες. Ο βασικότερος στόχος του νοσηλευτή είναι η αποφυγή του αποχωρισμού, που αφορά κυρίως στα παιδιά που βρίσκονται σε ηλικία μέχρι πέντε χρονών. Τα μέλη της οικογένειας φυσικά εκλαμβάνονται ως συμμετοχοί και αρωγοί στη φροντίδα του παιδιού (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010).

Είναι βασικό ο νοσηλευτής να αντιληφθεί και να κατανοήσει τις συμπεριφορές του παιδιού που αφορούν τον αποχωρισμό. Είναι απόλυτα φυσιολογικό το παιδί να διαμαρτυρηθεί, να απελπιστεί και να κλάψει. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να στηρίξει απόλυτα με την παρουσία του το παιδί ακόμα και αν δε δέχεται τους ξένους. Θα πρέπει να διατηρεί την επαφή του παιδιού με τους γονείς, με τη συχνή αναφορά του σε αυτούς, ενθαρρύνοντας το ίδιο το παιδί να τους αναφέρει και τονίζοντας τη σημασία των επισκέψεων και των τηλεφωνημάτων τους. Επιπλέον, χρησιμοποιώντας την σύγχρονη τεχνολογία, όπως τα κινητά τηλέφωνα και τον ηλεκτρονικό υπολογιστή διατηρείται ακόμα καλύτερα η επαφή του παιδιού με το οικογενειακό τους περιβάλλον και διευκολύνεται η προσαρμογή τους.

Ακόμα πιο δύσκολο ή ίσως και το ίδιο είναι το συναίσθημα του αποχωρισμού και για τους γονείς, ιδιαίτερα όταν δεν κατανοούν τις συμπεριφορές που προέρχονται από το άγχος του αποχωρισμού. Το λάθος που κάνουν οι γονείς είναι ότι στην αρχή για να αποφευχθούν διαμαρτυρίες φεύγουν κρυφά ή λένε ψέματα στο παιδί πως θα παραμείνουν εκεί, γεγονός που έχει σαν αποτέλεσμα το παιδί να μην καταλαβαίνει ότι η απουσία αυτή σημαίνει και τη βέβαιη επιστροφή τους, αλλά πετυχαίνεται το ακριβώς αντίθετο. Το συναίσθημα αυτό των γονέων που περιστοιχίζεται από έντονο άγχος, μπορεί να μειωθεί όταν αντιληφθούν ότι οι συμπεριφορές του αποχωρισμού είναι φυσιολογικές και αναμενόμενες. Οι περισσότεροι γονείς πιστεύουν ότι το παιδί τους κλαίει για ώρες μετά τον αποχωρισμό, ενώ στην πραγματικότητα τα παιδιά μπορεί να κλαίει μόνο για μερικά λεπτά και μετά ηρεμούν (Κανακούδη - Τσακαλίδου, Κατζός, 2007).

Η δυνατότητα να υπάρξει πλήρης έλεγχος έχει πολύ θετικές συνέπειες καθώς προάγει την ελευθερία κινήσεως, διατηρεί τις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού, ενθαρρύνει το αίσθημα της ανεξαρτησίας και επιφέρει την κατανόηση, που συνοδεύεται με την παράλληλη πρόληψη ή τον περιορισμό του φόβου του σωματικού τραυματισμού. Επιπρόσθετα, έχει μεγάλη

σημασία ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί απλή και κατανοητή γλώσσα. Η σαφής γνώση της ιατρικής ορολογίας και του λεξιλογίου που χρησιμοποιεί στις καθημερινές του εργασίες, η περιγραφή της διαδικασίας για παράδειγμα μιας εξέτασης με απλούς κατανοητούς όρους απαλείφει και μετριάξει τους φόβους του παιδιού (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010).

Ο βασικότερος στόχος που αφορά τη φροντίδα του νοσηλευτή είναι η διάθεση κατάλληλων αναπτυξιακών δεξιοτήτων. Θα πρέπει να παρέχονται οι ευκαιρίες συμμετοχής σε αναπτυξιακά κατάλληλες δραστηριότητες, κάτι το οποίο βοηθά να ομαλοποιηθεί το περιβάλλον του παιδιού και να μειωθούν οι παρεμβολές στην ανάπτυξή του. Ο ρόλος των νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός όσον αφορά στην αναγνώριση των παιδιών που κινδυνεύουν ακόμα, όπως επίσης στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση των αναπτυξιακών παρεμβάσεων. (McGeownJ. G., 2012)+

Επιπλέον, στον συγκεκριμένο τομέα είναι βασικό να παρέχονται και να προσφέρονται οι ευκαιρίες για παιχνίδι και δραστηριότητες έκφρασης. Ο νοσηλευτής καλό θα ήταν να χρησιμοποιήσει τις ζωγραφιές των παιδιών καθώς επίσης και άλλα μέσα δημιουργικής έκφρασης, με βασικό στόχο να ξεκινήσει μια συζήτηση σχετικά με τις σκέψεις, τους φόβους και την κατανόηση των γεγονότων, μεγιστοποιώντας τα πιθανά οφέλη της νοσηλείας, ενισχύοντας τη σχέση τους με τους γονείς και παρέχοντας ευκαιρίες εκπαίδευσης (Μελισσά-Χαλικιοπούλου 2003, Λουκουμάκου & Μπρουσκέλη 2010).

5.2 Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Τις περισσότερες φορές τα παιδιά πιστεύουν ότι καθώς εισέρχονται στο νοσοκομείο είναι μια μορφή εγκλεισμού και τιμωρίας, γεγονός το οποίο έχει αρνητικά αποτελέσματα και τα παιδιά κυριεύονται από το φόβο του αποχωρισμού και της εγκατάλειψης. Γι αυτό το λόγο λοιπόν και οι γονείς αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συμβάλλουν και να φροντίζουν ώστε το παιδί να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα, χρησιμοποιώντας την τρυφερότητα και την υπομονή. Επιπλέον, η χρήση οικείων αντικειμένων του παιδιού στο χώρο του νοσοκομείου διευκολύνει την ομαλή προσαρμογή του δημιουργώντας μια ευχάριστη ατμόσφαιρα. Στην περίπτωση που το παιδί είναι ηλικίας μέχρι δυο χρονών είναι πολύ βασική η παρουσία των γονέων και αυτό θα πρέπει να το κατανοήσει και να το αντιληφθεί ο νοσηλευτής. (Μόσχος κ.α. 2002)

5.3 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να χαρακτηρίζουν το νοσηλευτή καθόλη τη διάρκεια της φροντίδας του παιδιού, είναι η ηρεμία και η καθυσύχαση ειδικά κατά τη διάρκεια των κλινικών εξετάσεων και των ελέγχων.

Επιπροσθέτως, κύριο χαρακτηριστικό είναι η υπομονή, καθώς το παιδί θα αντιδράσει με το κλάμα, με το θυμό και με γενικότερη επιθετική συμπεριφορά. Αυτά τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές είναι συνηθισμένες και προσωρινές.

1.Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να εξηγήσει στο παιδί τι συμβαίνει χρησιμοποιώντας απλό λεξιλόγιο και θα πρέπει να είναι ειλικρινής. Είναι βασικό το παιδί να καταλάβει ότι όλα γίνονται με σκοπό να αισθανθεί καλύτερα.

2. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συζητάει με το παιδί σε όλη τη διαδικασία παραμονής του στο χώρο του νοσοκομείου, ώστε να το κάνει να εκφράσει ότι νιώθει. Τις περισσότερες φορές τα μικρά παιδιά εκφράζονται ευκολότερα μέσα από το παιχνίδι. Μέσα από τη συζήτηση και τον διάλογο, ο νοσηλευτής θα ωφελούσε να εκφράσει και τα δικά του συναισθήματα, ώστε το παιδί να νιώσει πιο οικεία και να προσπαθήσει να καταλάβει ότι η παραμονή του στο νοσοκομείο δεν είναι κάποιο είδος τιμωρίας.

3. Ο νοσηλευτής θα πρέπει συνεχώς να ενημερώνει τους γονείς και να τους εξηγεί όλες τις διαδικασίες που ακολουθούνται και επίσης θα πρέπει να δίνει και συμβουλές στους γονείς για τον τρόπο που θα πρέπει να συμπεριφέρονται στα παιδιά τους, λέγοντας τους ότι θα πρέπει να είναι ειλικρινείς και ψύχραιμοι. (Cooperet.al, 2012)

5.4 ΤΟΜΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Η προσέγγιση και πληροφόρηση των ασθενών και των δυνητικά ασθενών

Όλοι οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την φροντίδα των παιδιών θα πρέπει να εφαρμόζουν προληπτική φροντίδα υγείας. Ο τρόπος που μπορεί να πραγματοποιηθεί κάτι τέτοιο είναι με την εκπαίδευση και την προληπτική καθοδήγηση. Μια εκτίμηση των κινδύνων και των συγκρούσεων κάθε περιόδου ανάπτυξης δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να καθοδηγήσει το

γονέα σύμφωνα με πρακτικές ανατροφής του παιδιού, που αποσκοπούν στην πρόληψη δυνητικών προβλημάτων. Στον τομέα της υγείας είναι πολύ βασική η διδασκαλία, πράγμα που σημαίνει ότι η διαδικασία που πρέπει να ακολουθήσουν οι νοσηλευτές, είναι η προετοιμασία και η πρακτική άσκηση με ικανά πρότυπα, στην οποία μετατρέπονται οι πληροφορίες αναλόγως του επιπέδου που κατανοεί το παιδί και η οικογένεια, και φυσικά την επιθυμία για πληροφόρηση. (Crozier, Hancock, 2012)

Ο ρόλος του νοσηλευτή θα μπορούσε να παρομοιαστεί με διδάσκων ο οποίος έχει σαν στόχο να παρέχει τις σωστές πληροφορίες για την υγεία και εκτιμήσεις για την προαγωγή της μάθησης (Παπάζογλου κ.α, 2004).

Ο νοσηλευτής για να μπορέσει να «διδάξει» και να ενημερώσει αποτελεσματικά και όσο γίνεται καλύτερα, χρησιμοποιεί θεωρίες από την ψυχολογία και την κοινωνιολογία όπως είναι για παράδειγμα η κινητοποίηση, η αλλαγή, η αυτενέργεια κλπ. Οι εν λόγω θεωρίες βοηθούν να ερμηνευτεί η ανθρώπινη συμπεριφορά και η επίδραση της κατά τη διαδικασία της ενημέρωσης και της πληροφόρησης. Οι δημιουργικές μορφές παρουσίασης, όπως η σύνθεση στίχων ή ακρωνυμίων για τις πιο ουσιαστικές πληροφορίες, συμβάλλουν στην μακρόχρονη απομνημόνευση περισσότερο από τον διάλογο. Παρουσιάζοντας στο παιδί μεγάλο όγκο πληροφοριών το πιο πιθανό είναι να τρομάξει και να συγχυστεί, καθώς επίσης να του δημιουργηθεί περισσότερο άγχος, γεγονός που σημαίνει ότι η πληροφόρηση θα είναι μια μεγάλη αποτυχία. (Πάνου, 2007)

5.5 ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ

Είναι σε γενικές γραμμές αποδεδειγμένο ότι ο τρόπος παροχής πληροφοριών στο κάθε άτομο διαφέρει ανάλογα με τις προτιμήσεις του για ορισμένα αισθητήρια ερεθίσματα και τις συνθήκες. Οι περισσότεροι μάλιστα δεν συνειδητοποιούν τον τρόπο που θα πληροφορηθούν, ενώ αν ερωτηθούν σχετικά, απαντούν με υποθέσεις αντί των πραγματικών στοιχείων. Ο νοσηλευτής δίνοντας σημασία σε αυτά που λέει το κάθε παιδί θα μπορέσει να αποκομίσει στοιχεία για τον τρόπο ενημέρωσης του.

Είναι πολύ εύχρηστο να εφαρμοστούν στη συγκεκριμένη περίπτωση οι αρχές μάθησης, κάτι το οποίο αποδεικνύεται πως θα είναι πολύ αποτελεσματικό. Πιο συγκεκριμένα, η ενημέρωση διευκολύνεται περισσότερο όταν οι πληροφορίες παρουσιάζονται από το απλό προς το πολύπλοκο, από το συγκεκριμένο προς το αφηρημένο και από το γνωστό στο άγνωστο. (Ευαγγέλου κ.α., 2002)

5.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Καθώς εισάγεται το παιδί στο νοσοκομείο ο νοσηλευτής έχει μεγάλη ευθύνη και έχει τον ρόλο της προστασίας και προαγωγής της ψυχικής υγείας του. Το νοσοκομείο είναι ένα άγνωστο μέρος με άγνωστα πρόσωπα και προκαλεί φόβο στο παιδί. Το συναίσθημα του φόβου θέτει σε λειτουργία μηχανισμούς αποφυγής πράγμα που σημαίνει ότι το παιδί αντιδρά και δεν θέλει να μείνει στο νοσοκομείο. Αφού όμως δεν μπορεί να ξεφύγει, αυτή η εσωτερική ένταση διοχετεύεται σε προβλήματα συμπεριφοράς, ιδιαιτέρως όταν δεν είναι συνεχής η παρουσία σημαντικών προσώπων και ειδικότερα της μητέρας του. Τις περισσότερες φορές στην νοσηλευτική φροντίδα του παιδιού δίνεται βάση στην ψυχολογική προετοιμασία του παιδιού αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος του καθώς πολλές από τις διαδικασίες που ακολουθούνται κατά την παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο είναι αγχωτικές και αρκετές φορές οδυνηρές. (Παπάζογλου κ.α 2004)

Όταν το παιδί προετοιμάζεται με την ενημέρωση του νοσηλευτή για τις διαδικασίες που πρόκειται να ακολουθηθούν έχει σαν αποτέλεσμα:

- Να μειωθεί το άγχος τους.
- Να προαχθεί η συνεργασία.
- Να υποστηριχθούν οι δεξιότητες αντιμετώπισης.
- Να υποστηριχθεί το αίσθημα της κυριαρχίας όταν αντιμετωπίζουν κάποια στρεσογόνα διαδικασία.

Οι περισσότερες στρατηγικές προετοιμασίας που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές είναι ανεπίσημες, εστιάζουν στην παροχή πληροφοριών σχετικά με την εμπειρία και έχουν στόχο τις

αγχογόνες ή οδυνηρές διαδικασίες. Το παιδί προετοιμάζεται κατάλληλα και πιο αποτελεσματικά όταν στην ενημέρωση περιλαμβάνονται οι διαδικασίες που αναπτύσσουν ορισμένες δεξιότητες, όπως είναι η φαντασία, χρησιμοποιώντας για παράδειγμα τη ζωγραφική (Μελισσά-Χαλικοπούλου,2005).

Τα παιδιά δε θέλουν πάντοτε να ενημερώνονται για τις επικείμενες διαδικασίες. Κάποια το αποζητούν, ενώ άλλα παιδιά το αποφεύγουν. Σε αυτό το σημείο οι γονείς έχουν τη δυνατότητα να καθοδηγήσουν το νοσηλευτή στις αποφάσεις που αφορούν το μέγεθος των πληροφοριών που είναι αρκετό, καθώς γνωρίζουν το παιδί τους εάν διακατέχεται από περιέργεια για πλήρη ανάλυση ή ικανοποιείται με σύντομες απαντήσεις. Ο χρόνος προετοιμασίας του παιδιού για μια διαδικασία εξαρτάται από τη μορφή της διαδικασίας και από την ηλικία του. (Crozier, Hancock, 2012)

5.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Καθώς το παιδί βρίσκεται στο νοσοκομείο υπάρχει το συναίσθημα του άγχους, της έντασης, του φόβου τόσο για το παιδί όσο και για το οικογενειακό περιβάλλον του, καθώς στην αρχή δεν υπάρχει πλήρης εικόνα για το πώς θα εξελιχθεί η υγεία του. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται ότι τα παιδιά δεν είναι σε θέση να συμμορφωθούν προς τις ιατρικές οδηγίες. Γι αυτό το λόγο λοιπόν, η παρουσία ενός ψυχολόγου είναι πολύ σημαντική και πολύ αποτελεσματική καθώς μπορούν να προετοιμαστούν ψυχολογικά πριν από μια επέμβαση ή μια επώδυνη ιατρική εξέταση και αν χρειασθεί να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους. Εκτός από αυτό, υπάρχει η πιθανότητα να παρουσιαστούν τραυματικές εμπειρίες στο ίδιο το παιδί και τους γονείς του. (Παπάζογλου κ.α 2004).

Επιπλέον, πολύ βασικό κριτήριο αποτελεί το συναισθηματικό και νοητικό επίπεδο του παιδιού, καθώς το παιδί δεν μπορεί να επεξεργαστεί σωστά τις πληροφορίες και τις εμπειρίες που βιώνει αφού λόγω του χαρακτηριστικού της φαντασίας που το διακρίνει, μπορεί να παρερμηνεύσει καταστάσεις και μπορεί να επηρεασθεί η προσωπικότητα και η ψυχοκοινωνική εξέλιξη του.(Πάνου,2007)

Ο βασικότερος στόχος από τη στιγμή που πραγματοποιείται η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο είτε για μια χειρουργική επέμβαση είτε για κάποιον άλλο λόγο, είναι η ψυχολογική

αντιμετώπιση του ίδιου και του οικογενειακού περιβάλλοντος του και όχι μόνο η αποκατάσταση της σωματικής του υγείας. Ακόμα το άγχος αποχωρισμού από τους γονείς του σε συνδυασμό με την εξάρτησή του από τα ξένα πρόσωπα, η οποία συχνά του προκαλεί αμηχανία και ντροπή, επηρεάζουν την εμπιστοσύνη και την ηρεμία που θα βοηθούσε τη διαδικασία προκειμένου να υπάρχει καλή συνεργασία και αποτελεσματικότητα στις όποιες ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις. Τα παιδιά που είναι σε ηλικία μέχρι 7 χρονών αντιδρούν με κλάματα και με επιθετική συμπεριφορά και ζητούν επίμονα να φύγουν από αυτό το χώρο. (Μελισσά-Χαλκιοπούλου, 2005).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το παιδί που εισέρχεται στο νοσοκομείο και τα συναισθήματα που το κυριεύουν, είναι ο φόβος του αποχωρισμού και το άγχος. Ιδιαίτερα αυτό συμβαίνει στα παιδιά της προσχολικής ηλικίας που είναι περισσότερο ευάλωτα και εξαρτημένα από τους γονείς. Τα αποτελέσματα του αποχωρισμού μπορεί να είναι εξίσου τραυματικά και σε μεγαλύτερα παιδιά, ιδίως αν είχαν προηγούμενες εμπειρίες αποχωρισμού από τους γονείς τους ή αν είχαν εμπειρίες που τους δημιούργησαν συναισθηματική στέρηση, εξαιτίας των οποίων είναι πλέον αγχώδη και ανασφαλή. (Κανακούδη, 2007)

Με βάση έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, αποδεικνύεται υψίστης σημασίας η μητρική στέρηση και οι επιπτώσεις του αποχωρισμού, καθώς παρόλο που το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να έχει φροντίσει με τον καλύτερο τρόπο το παιδί, δύναται να παρουσιάσει και κατά τη διάρκεια που παραμένει στο νοσοκομείο αλλά και κατά την αποχώρησή του από αυτό, διαταραχές στη συμπεριφορά του καθώς έχει το άγχος του αποχωρισμού. Σε αυτή την περίπτωση οι πιο συχνές αντιδράσεις του παιδιού είναι:

- Η άρνηση του ύπνου.
- Η νυχτερινή ενούρηση.
- Παράλογοι φόβοι.

Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να εμφανιστούν στο παιδί κατά την εισαγωγή του και είναι δυνατό να παραταθούν και για αρκετό διάστημα μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο (Παπάζογλου και συν, 2004).

Επίσης σε κάποιες άλλες περιπτώσεις παρουσιάστηκαν τα εξής συμπτώματα:

- Οι διαταραχές ύπνου.
- Η δυσκολία στο φαγητό.
- Η επιβράδυνση της ψυχοσωματικής τους εξέλιξης.
- Η μελαγχολία και η κοινωνική απομόνωση.

Û Η παθολογική εξάρτηση από τη μητέρα

Û Το πιπίλισμα δακτύλου.

Πολλές φορές τα προβλήματα αυτά εμφανίζονται σε μεγάλη ένταση και συχνότητα και μετά την επάνοδο του στο σπίτι, οπότε χρειάζεται ψυχολογική βοήθεια και θεραπεία. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι κάποια παιδιά που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο και επανήλθαν στο χώρο τους βελτίωσαν τη συμπεριφορά τους πράγμα που σημαίνει ότι το παιδί είναι σε θέση και ικανό να έχει ψυχολογικό όφελος από αυτή την εμπειρία και να είναι σε θέση να ελέγξει το φόβο του αποχωρισμού από τους γονείς του, το φόβο των ιατρικών εξετάσεων και να αντιμετωπίσει τον πόνο ή τα άλλα αρνητικά συμπτώματα του περιστατικού που του συνέβη, αξιοποιώντας τις ικανότητές του και αυξάνοντας έτσι την εμπιστοσύνη στον εαυτό του (Ευαγγέλου και συν, 2002, Μελισσά-Χαλικιοπούλου 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

Παιδί ασθενής ηλικίας 6 ετών εισήχθη στην παιδιατρική κλινική του Καραμανδάνειου νοσοκομείου στην Πάτρα παρουσιάζοντας υψηλό πυρετό, βήχα, δυσχέρεια στην αναπνοή και ανορεξία. Ο ασθενής παρουσίαζε υψηλό πυρετό για πάνω από τρεις μέρες ενώ παράλληλα είχε έναν έντονο βήχα με εκκρίσεις ο οποίος του δημιουργούσε πόνο στο στήθος και δυσχέρεια στην αναπνοή. Ο ασθενής υπεβλήθη στις απαραίτητες κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις ενώ παράλληλα υπεβλήθη σε ακτινογραφία θώρακος.

Ο θεράπων παιδίατρος διέγνωσε τον ασθενή με πνευμονία.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Υψηλός πυρετός 39,8	Ανακούφιση του ασθενούς από το σύμπτωμα	Έλεγχος της θερμοκρασίας του ασθενούς κάθε τρεις ώρες Παρακολούθηση του ασθενούς για εμφάνιση σπασμών. Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου κατόπιν ιατρικής εντολής	Πραγματοποιήθηκε έλεγχος της θερμοκρασίας του ασθενούς κάθε τρεις ώρες και καταγράφηκαν οι θερμοκρασίες Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα προκειμένου να ανακουφιστεί ο ασθενής Χορηγήθηκε APOTEL IV κατόπιν ιατρικής εντολής	Η θερμοκρασία του ασθενούς μειώθηκε και ο ασθενής ανακουφίστηκε

		Ενθάρρυνση του ασθενούς να καταναλώνει πολλά υγρά	Ο ασθενής με παρότρυνση του νοσηλευτή καταναλώνει αρκετά υγρά την ημέρα	
--	--	--	--	--

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αναπνευστική δυσχέρεια	Περιορισμός του συμπτώματος	<p>Εφαρμογή οξυγονοθεραπείας</p> <p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανατομικές στάσεις</p>	<p>Τοποθετήθηκε μάσκα Venturi 35% στα 8L</p> <p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε καθιστή και ημικαθιστή θέση</p>	<p>Το σύμπτωμα μειώθηκε και ο ασθενής είχε πιο φυσιολογικό αναπνευστικό ρυθμό</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Παραγωγικός βήχας με εκκρίσεις λόγω της πνευμονίας</p>	<p>Μείωση του συμπτώματος</p> <p>Ανακούφιση του ασθενούς από το δυσάρεστο σύμπτωμα</p>	<p>Τοποθέτηση αρρώστου στη σωστή θέση</p> <p>Τοποθέτηση μάσκας ρευστοποίησης</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p>	<p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση</p> <p>Τοποθετήθηκε μάσκα ρευστοποίησης Sodium Chloride 0,9% κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p> <p>Χορηγήθηκε trebon για τον παραγωγικό βήχα 5ml τρεις φορές την ημέρα κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p>	<p>Ικανοποιητική πορεία του ασθενούς. Με τη φαρμακευτική αγωγή που έλαβε το σύμπτωμα μειώθηκε σε αρκετά μεγάλο βαθμό και ο ασθενής ένωσε ανακούφιση.</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός ΝοσηλευτικήςΦροντίδας	4.ΕφαρμογήΝοσηλευτικήςΦρο ντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Διαχείριση των φοβιών της μητέρας</p>	<p>Να καθυσυχαστεί η μητέρα και να υπάρξει η σωστή διαχείριση στις φοβίες της.</p>	<p>Συζήτηση με τη μητέρα του ασθενούς για τα συναισθήματα της. Ενημέρωση της μητέρας για την κατάσταση του παιδιού της σχετικά με την αντιμετώπιση της ασθένειας του.</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη της μητέρας του ασθενούς.</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε αρκετή ώρα συζήτηση με τη μητέρα για τα συναισθήματα της</p> <p>Ενημερώθηκε εφ όλης της ύλης για την κατάσταση του παιδιού της και για τον τρόπο αντιμετώπισης.</p> <p>Δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης και η μητέρα υποστηρίχθηκε ψυχολογικά.</p>	<p>Η μητέρα του ασθενούς βοηθήθηκε σε μεγάλο βαθμό και κατάφερε να διαχειριστεί τις φοβίες της</p>

6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

Ασθενής ηλικίας 7 ετών εισήχθη στην παιδιατρική κλινική του νοσοκομείου παιδών Καραμανδάνειο στην Πάτρα παρουσιάζοντας υψηλό πυρετό 40°C, βήχα, έντονους πυρετικούς σπασμούς ενώ παράλληλα εμφανίζει ερυθρού χρώματος κηλίδες. Το παιδί παρουσιάζει πυρετό για πάνω από 48 ώρες. Η λήψη των ζωτικών σημείων ανέδειξε τα εξής. Θ.40°C (μασχάλη), Α.Π: 90/50mmHg, ΑΣ:50/λεπό και ΚΣ:145/Λεπτό SpO₂ :98% στον αέρα. Ο ασθενής υπεβλήθη στις απαραίτητες κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Κατα την κλινική εξέταση το παιδί έδειξε αύξηση ηλεκτρικών εκφορτίσεων στον εγκέφαλο του παιδιού με αποτέλεσμα τη σύσπαση των μυών, διάρκεια σπασμών μεταξύ 5 και 10 λεπτών ενώ η εξέταση των σπασμών απέδειξε μη προδιαθεσικό παράγοντα επιληψίας. Ο ασθενής διεγνώσθη με ιλαρά και λόγω του υψηλού πυρετού εμφανίζονται πυρετικοί σπασμοί.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.ΕφαρμογήΝοσηλευτικήςΦροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Πυρετός 40°C	Μείωση και εξάλειψη του συμπτώματος.	Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Ενυδάτωση ασθενούς. Προστασία ασθενούς από την εφίδρωση.	Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων ενδοφλεβίως κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Εφαρμογή χλιαρών επιθεμάτων. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων. Εφαρμογή χλιαρού μπάνιου. Συχνή αλλαγή κλινοσκεπασμάτων. Ντύσιμο του παιδιού με ελαφριά ρούχα. Χορήγηση πολλών υγρών ώστε να επιτευχθεί η ενυδάτωση του παιδιού	Εξάλειψη του συμπτώματος. Η θερμοκρασία του ασθενούς έφτασε τους 36,6°C

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός ΝοσηλευτικήςΦροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Καταβολή δυνάμεων	Ανάκτηση δυνάμεων του παιδιού	Προγραμματισμός προγράμματος ανάπαυσης. Εξασφάλιση επαρκούς χαλάρωσης του παιδιού. Έλεγχος τροφής.	Εφαρμογή συμβουλευτικής καθοδήγησης για την ορθή ανάπαυση του παιδιού. Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου στο παιδί με μείωση των θορύβων και χαμηλό φωτισμό του θαλάμου. Τήρηση ορθής λήψης τροφής του παιδιού λαμβάνοντας όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά.	Επανάκτηση δυνάμεων του παιδιού

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Πυρετικοί σπασμοί λόγω υψηλού πυρετού	Αντιμετώπιση πυρετικών σπασμών	Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής εντολής για την εξάλειψη των σπασμών. Αποτροπή πνιγμού από έμετο. Συχνή παρακολούθηση της πορείας των σπασμών	Τοποθέτηση του παιδιού σε πλάγια στάση προς αποφυγή πνιγμού λόγω εμέτου. Χορήγηση Διαζεπάμης από τον όρθο κατόπιν ιατρικής εντολής. Παρακολούθηση των σπασμών ανά τακτά χρονικά διαστήματα.	Οι πυρετικοί σπασμοί υποχώρησαν

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από την παρούσα πτυχιακή εργασία προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

Αρχικά, οι λοιμώξεις στην παιδική ηλικία αποτελούν ένα σύνθετο φαινόμενο ιδιαίτερα τους φθινοπωρινούς και τους χειμερινούς μήνες. Χωρίζονται σε μικροβιακές και ιογενείς. Οι μικροβιακές αποτελούν λοιμώξεις οι οποίες οφείλονται σε κάποιο μικρόβιο και στις οποίες συγκαταλέγονται: ο Τέτανος, ο Κοκκύτης, ο Οστρακιά, η Οξεία μικροβιακή μηνιγγίτιδα, η Πνευμονία. Όσον αφορά τις ιογενείς λοιμώξεις παρουσιάζονται λόγω κάποιου ιού και συγκαταλέγονται: η ιλαρά, η ερυθρά, η παρωτίτιδα, η ανεμοβλογιά.

Η πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες μείωσης και εξάλειψης εμφάνισης των λοιμωδών νοσημάτων στην παιδική ηλικία. Μια από τις σημαντικότερες ανακαλύψεις στην ιατρική επιστήμη αποτελεί ο εμβολιασμός, ο οποίος πραγματοποιείται από την παιδική ηλικία και έχει αποδειχτεί σωτήριος για πολλά λοιμώδη νοσήματα τα οποία απειλούσαν τη ζωή πολλών παιδιών και κατ'επέκταση του κοινωνικού περιβάλλοντος. Στα πλαίσια της πρόληψης, σημαντική είναι και η ενημέρωση της κοινότητας σχετικά με τον εμβολιασμό και την τήρηση των κανόνων υγιεινής, τονίζοντας τη σημασία που έχουν για την υγεία του κοινωνικού συνόλου.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί ένα από τα σημαντικά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που συμμετέχει όχι μόνο στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων στην παιδική ηλικία. Τα παιδιά αποτελούν μια ιδιαίτερη κατηγορία η οποία χρήζει ειδικής μεταχείρισης. Γι αυτό το λόγο υπάρχει η παιδιατρική νοσηλευτική η οποία φροντίζει να διαχειρίζεται περιστατικά που εμφανίζονται στα παιδιά με τον καλύτερο και αποτελεσματικότερο τρόπο.

Σε όλη αυτή τη διαδικασία μετέχει ενεργά ο νοσηλευτής. Θα πρέπει να συνεργάζεται όσο γίνεται καλύτερα με το παιδί και την οικογένεια και να εκτιμήσει τις ανάγκες τους καθώς επίσης είναι πολύ βασικό να σχεδιάζει παρεμβάσεις, ώστε το τελικό πλάνο φροντίδας να είναι αυτό που πραγματικά ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού.

Ο βασικότερος στόχος που αφορά τη φροντίδα του νοσηλευτή είναι η διάθεση κατάλληλων αναπτυξιακών δεξιοτήτων. Θα πρέπει να παρέχονται οι ευκαιρίες συμμετοχής σε αναπτυξιακά κατάλληλες δραστηριότητες, κάτι το οποίο βοηθά στην να ομαλοποιηθεί το περιβάλλον του παιδιού και να μειωθούν οι παρεμβολές στην ανάπτυξη του. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι

πολύ σημαντικός όσον αφορά στην αναγνώριση των παιδιών που κινδυνεύουν ακόμα, όπως επίσης στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση των αναπτυξιακών παρεμβάσεων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αρχικά το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να έχει την απαραίτητη εκπαιδευτική επάρκεια και ετοιμότητα προκειμένου να αντιμετωπίσουν την οποιαδήποτε κατάσταση και να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους.

Εν συνεχεία, θα πρέπει να υπάρχει καλύτερη κρατική παρέμβαση σχετικά με την πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων στην παιδική ηλικία πραγματοποιώντας περισσότερες εκστρατείες εμβολιασμού στα παιδιά.

Τέλος, θα πρέπει να υπάρξει καλύτερη ενημέρωση των γονέων σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα και την αντιμετώπιση τους αλλά και τον σωτήριο ρόλο των εμβολιασμών και την αναγκαιότητα της πραγματοποίησής τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Candy, D. (2002). Κλινική Παιδιατρική. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα.

Candy, D., Davies G. E., Ross, E. (2012). Κλινική παιδιατρική και υγεία παιδιού. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα.

Crozier, F. & Hancock, L.E. (2012). Pediatric palliative care: beyond the end of life. *Pediatric Nursing*, 38(4), 198-203, 227.

Dolto, F. (2007). Ψυχανάλυση και Παιδιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Lissauer, T. (2008). Σύγχρονη Παιδιατρική, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.

McCaffrey, J., Lennon, R., Webb, N.J.A. (2016) The non-immunosuppressive management of childhood syndrome *Pediatric* , 31 (9), pp. 1383-1402

Plachter, B. (2016) Prospects of a vaccine for the prevention of congenital cytomegalovirus disease *Medical Microbiology and Immunology*, pp. 1-11

Sankaran, H., Danysh, H.E., Scheurer, M.E., Grufferman, S., Lupo, P.J. (2016) The Role of Childhood Infections and Immunizations on Childhood Rhabdomyosarcoma: A Report From the Children's Oncology Group *Pediatric Blood and Cancer*, 63 (9), pp. 1557-1562

Ευαγγέλου, Ε. και συν. (2002). Αντιλήψεις των γονέων για τη συμμετοχή τους στη φροντίδα του παιδιού στο νοσοκομείο. *Νοσηλευτική*, 4(1), 106- 117.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας, Αθήνα.

Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Αθανασοπούλου-Βουδούρη, Μ. (2010). Νοσηλευτική της οικογένειας. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Κανακούδη - Τσακαλίδου Φ., Κατζός Γ. (2007). Βασική παιδιατρική. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη

Κασίμος, Χ. (1992). Πρακτική Παιδιατρική. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

Μελισσά-Χαλκιοπούλου, Χ. (2005). Ψυχολογία της υγείας. Εκδόσεις Μέλισσα, Θεσσαλονίκη.

Πάνου, Μ. (2007). Παιδιατρική Νοσηλευτική. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Παπάζογλου, Θ. και συν. (2004). Επίδραση ειδικού ενημερωτικού εντύπου στη συμπεριφορά νοσηλευόμενων παιδιών και στάθμιση υπηρεσιών υγείας σε παιδιατρικό τμήμα. Παιδιατρική, 67(5), 336-342.

Συλλογικό έργο. (2008). Λοιμώδη νοσήματα. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

<http://www.megamed.gr/>

http://www.ygeia.gr/page.aspx?p_id=951