



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΝΕΟΓΝΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:
ΣΑΜΠΑΝΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον εισηγητή της πτυχιακής μου εργασίας κ. Γραμματικά, ο οποίος με υπομονή και κατανόηση με βοήθησε να ολοκληρώσω την εργασία μου και να εμπλουτίσω ακόμη περισσότερο τις νοσηλευτικές μου γνώσεις. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό της Μ.Ε.Ν.Ν του Γενικού Νοσοκομείου Πάτρας «Ο Άγιος Ανδρέας», όπου πραγματοποίησα την πρακτική μου άσκηση, για όλες τις γνώσεις και τις χρήσιμες πληροφορίες που μου έδωσαν. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύνολο των Καθηγητών και των Εργαστηριακών Συνεργατών του Πανεπιστημιακού Ιδρύματος Νοσηλευτικής Πατρών, οι οποίοι συντέλεσαν με αξιόλογο τρόπο στη φοίτηση μου αυτά τα 4 χρόνια.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή εργασία που ακολουθεί στη συνέχεια των κεφαλαίων, εστιάζει σε ένα ευαίσθητο θέμα που απασχολεί μεγάλη μερίδα του παγκόσμιου πληθυσμού και είναι τα νεογνά, τα οποία νοσηλεύονται λόγω επικίνδυνων κλινικών και παθολογικών διαταραχών σε εξειδικευμένες νοσηλευτικές μονάδες, όπως είναι οι Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας. Η πτυχιακή εργασία επικεντρώνεται με λεπτότητα και σεβασμό στη θέση των οικογενειακών μελών έναντι σε μια νόσο που φέρει το νεογνό σε κατάσταση άμεσου κινδύνου και πραγματοποιείται προσπάθεια να τεθούν όλοι οι παράγοντες που συνηγορούν υπέρ της συμμετοχής της οικογένειας στη παροχή φροντίδας προς το νεογνό, ακόμη και όταν οι συνθήκες απαιτούν τη μακροχρόνια νοσηλεία του σε ένα νοσοκομειακό ίδρυμα.

Κατά την περιγραφή των βιβλιογραφικών πληροφοριών που παρατίθενται στη πτυχιακή εργασία, το θέμα εμβαθύνει στις νοσηλευτικές αρχές που διέπουν το επάγγελμα του νοσηλευτή και αναφέρονται με όσο το δυνατό αναλυτικότερο τρόπο οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που περικλείουν τόσο τα νεογνά υψηλού κινδύνου όσο και τη ψυχική ενδυνάμωση της οικογένειας. Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί ένα «αναπόσπαστο κομμάτι» της Δημόσιας Υγείας και η παρέμβαση του απαιτεί τη συνεχόμενη εκπαιδευτική και εμπειρική του κατάρτιση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νοσηλεία νεογνών σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας αποτελεί ένα από τα πιο επώδυνα γεγονότα που μπορεί να βιώσει μια οικογένεια. Η προωρότητα χαρακτηρίζεται σε μεγάλο βαθμό ως η απαρχή της εμφάνισης των παθολογικών διαταραχών στο νεογνό και το θεραπευτικό πλάνο στηρίζεται στην υποστήριξη ή αντικατάσταση των λειτουργιών που δεν παρουσιάζουν ικανοποιητική απόδοση.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εργασία είναι αποτέλεσμα μιας προσπάθειας να παρουσιαστεί όλο το φάσμα που καλύπτει τις συνέπειες μιας πρόωρης γέννησης στο νεογνό και την λεπτομερή καταγραφή του νοσηλευτικού ρόλου ιδίως στην ΜΕΝΝ, μια νοσοκομειακή μονάδα εξειδικευμένη στην αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων. Το θέμα επεκτείνεται σε μια «ευαίσθητη» πλευρά των νεογνών, που είναι η τοποθέτηση των οικογενειακών μελών έναντι στην ασθένεια και πως το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να ελαχιστοποιήσει τις δυσλειτουργικές επαφές γονέα – νεογνού.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΓΕΘΟΣ: Οι βιβλιογραφικές παραπομπές, με τις οποίες τεκμηριώνεται το υλικό της πτυχιακής εργασίας, είναι χρονολογικής έκδοσης μικρότερης των δέκα ετών και κυρίως μεταξύ του 2005 – 2017, προκειμένου να «πλησιάσουμε» όσο πιο έγκυρα γίνεται την ακρίβεια των γνώσεων/πληροφοριών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όταν η κύηση πραγματοποιείται σε πρώιμο στάδιο τότε τα πρόωρα νεογνά εμφανίζουν ποικιλία ανατομικών και φυσιολογικών ανωμαλιών. Αυτές οι διαταραχές συνδέονται με τον βαθμό της υπάρχουσας προωρότητας και τις συνθήκες αντιμετώπισης. Αξίζει να αναφερθεί ότι η ανωριμότητα των πνευμόνων και η αδυναμία διατήρησης της θερμοκρασίας και της θρέψης των νεογνών αποτελούν κατά κύριο λόγο την απαρχή των προβλημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στον Ελλαδικό χώρο η συχνότητα εμφάνισης ενός πρόωρου τοκετού αγγίζει περίπου το 10% των συνολικών γεννήσεων ετησίως. Η ανωριμότητα του εμβρυϊκού οργανισμού και η έκθεση στη συνέχεια του νεογνού σε λοιμογόνους παράγοντες αυξάνουν δραματικά τα επίπεδα θνησιμότητας και οδηγούν στην μελλοντική παρουσία σωματικών και νευρολογικών επιπλοκών. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο προβλημάτων περιλαμβάνεται και η έννοια του «νεογνού υψηλού κινδύνου». Σήμερα, η επιστημονική κοινότητα δεν έχει καθορίσει ένα σαφή ορισμό για την έννοια του «νεογνού υψηλού κινδύνου» καθώς οι αιτιολογικοί παράμετροι που μπορούν να «μετατρέψουν» ένα νεογνό σε νεογνό υψηλού κινδύνου είναι πολύπλοκοι και αλληλένδετοι μεταξύ τους. Ωστόσο, οι εκπρόσωποι του ιατρικού κλάδου αναφέρουν ότι νεογνά υψηλού κινδύνου θεωρούνται ιδίως τα πρόωρα νεογνά, τα οποία ανεξάρτητα από την εμβρυϊκή ηλικία που είχαν πριν τον τοκετό ή τις τιμές του βάρους σώματος τους, παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες από το μέσο όρο να νοσήσουν, να πυροδοτήσουν στον οργανισμό τους βλάβες – μακροχρόνιας μορφής - ή να μη καταφέρουν να επιβιώσουν.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Neonatal care in Intensive Care Units is one of the most painful events a family can experience. Pregnancy is largely characterized as the onset of abnormalities in the neonate, and the therapeutic plan relies on supporting or replacing functions that are not performing well.

OBJECTIVE: The work is the result of an effort to present the full spectrum of the effects of a premature birth on the newborn and the detailed recording of the nursing role in particular at MENN, a hospital unit specialized in addressing such problems. The issue extends to a "sensitive" aspect of newborns, which is the attitude of family members towards the disease and how nursing staff can minimize dysfunctional parent - infant contacts.

MATERIAL - SIZE: The bibliographical references documenting the material of the thesis are less than ten years old and mainly between 2005 - 2017, in order to "get closer" to the accuracy of knowledge / information.

RESULTS: When pregnancy occurs at an early stage then preterm infants exhibit a variety of anatomical and physiological abnormalities. These disorders are related to the degree of pre-existing condition and management conditions. It is worth noting that the immaturity of the lungs and the inability to maintain the temperature and nutrition of infants are primarily the cause of the problems.

CONCLUSIONS: In Greece, the incidence of preterm birth is approximately 10% of total births per year. The immaturity of the fetal organism and subsequent exposure of the newborn to infectious agents dramatically increase mortality levels and lead to the future presence of physical and neurological complications. One such problem is the notion of "high risk newborn". Today, the scientific community has not defined a clear definition of the concept of "high-risk neonate" as the causal parameters that can "convert" a high-risk neonate are complex and interdependent. However, representatives of the medical industry say that high-risk babies are especially considered premature babies, who regardless of their fetal age before birth or their body weight values, are more likely than average to get sick, to trigger damage to their bodies - in the long run - or failing to survive.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην εύρεση των βιβλιογραφικών πληροφοριών είναι οι ακόλουθες:

Νεογνό, νεογνό υψηλού κινδύνου, προωρότητα, πρόωρος τοκετός, οικογένεια και νεογνά, επιδημιολογία πρόωρης κύησης, Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN), νοσηλευτική παρέμβαση σε νεογνά, μητρικός δεσμός, πρωτόκολλο στη MENN.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	12
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΚΥΗΜΑΤΟΣ. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ.....	12
1.1 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ 1^ο ΤΡΙΜΗΝΟΥ - ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΜΒΡΥΪΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ.....	12
1.2 Ο ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΩΡΟ ΕΜΒΡΥΟ	19
1.3 ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ	20
1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	21
1.5 Η ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	22
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:.....	23
1.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	25
ΝΕΟΓΝΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ - Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	25
2.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΕΟΓΝΟΥ ΚΑΙ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΣΤΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	25
2.2 ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	28
2.2.1 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	31
2.2.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	33
2.3 ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ (MENN).....	34
2.3.1 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ MENN	35
2.3.2 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ – ΕΝΑΣ «ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ» ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΤΙΣ MENN.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	39
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΟΛΥΠΛΟΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΗΣ ΣΤΗ MENN.....	39

3.1 Η ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΜΕΝΝ	39
3.2 Η ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΤΗ ΜΕΝΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	41
3.3 ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ «ΠΡΟΦΙΑ» ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	42
3.4 Η ΠΥΡΟΔΟΤΗΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	46
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ/ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....	46
4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΝΕΟΓΝΑ ΣΤΗ ΜΕΝΝ	46
4.2 Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΕΣΜΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ.....	47
4.3 Ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΠΛΑΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	50
4.4 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	51
4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	57
4.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1	64
4.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2	68
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	78

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

<i>ΠΛΗΡΗΣ ΜΟΡΦΗ</i>	<i>ΣΥΝΤΟΜΕΥΜΕΝΗ ΜΟΡΦΗ</i>
Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών	MENN
Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας	ΣΑΔ (RDS)
Κεντρική Φλεβική Πίεση	Κ.Φ.Π
Σωματικό Βάρος	Σ.Β
Κεντρικό Νευρικό Σύστημα	Κ.Ν.Σ
Ενδοφλέβια Έγχυση (δραστικής ουσίας)	I.V
Χαμηλό Βάρος Σώματος	LBV
Ζωτικά Σημεία	Z.Σ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το διάστημα της εμβρυϊκής ανάπτυξης και ειδικότερα στην αρχική φάση των πρώτων μηνών, δηλαδή από την 4^η έως και την 9^η εβδομάδα, είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς είναι το σημείο αφετηρίας για την ανάπτυξη όλων των συστημάτων του εμβρύου. Αυτό είναι το χρονικό πλαίσιο όπου θα ξεκινήσει η εκδήλωση κάποιας συγγενούς ανωμαλίας και στην πορεία η εγκυμοσύνη θα εμφανιστεί δυσλειτουργική. Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης συγγενών διαταραχών ξεκινά από την 1^η έως και την 14^η εβδομάδα (Netter, 2011).

Με την έννοια της προωρότητας νεογνών δηλώνεται ο τοκετός ενός εμβρύου που έχει πραγματοποιηθεί νωρίτερα από την 37^η εβδομάδα κύησης. Για να αναγνωριστεί μια κύηση φυσιολογική θα πρέπει να έχουν ολοκληρωθεί 40 εβδομάδες κυοφορίας του εμβρύου. Επειδή δεν μπορούν να δοθούν στη Δημόσια Υγεία σαφή δεδομένα που αφορούν στην ακριβέστερη διάρκεια μιας κύησης, έχει καθιερωθεί ως αξιόπιστο και διεθνές κριτήριο προωρότητας η τιμή του βάρους που γεννιέται το νεογνό. Έτσι όταν το βάρος γέννησης είναι ίσο ή μικρότερο των 2500 Kg., ανεξάρτητα από την περίοδο κύησης, το νεογνό ονομάζεται ως πρόωρο (Friedrich, 2010).

Η προωρότητα λοιπόν, αξιολογώντας την σε παγκόσμια κλίμακα αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου στα νεογνά, κυρίως στο ηλικιακό επίπεδο που περιλαμβάνει τις 4 πρώτες εβδομάδες ζωής μετά τον τοκετό και ευθύνεται για περισσότερους από 1 εκατομμύριο νεογνικούς θανάτους ετησίως. Επιπλέον, οι επιπτώσεις που φέρει η προωρότητα της κύησης αντιστοιχεί στη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου μετά την πνευμονία σε παιδιά, μικρότερα των 5 ετών. Η ευθύνη της παραπάνω καταγραφής στηρίζεται και αιτιολογείται από την ανάπτυξη των μελλοντικών διαταραχών που υποκρύπτει η προωρότητα (Friedrich, 2010).

Στο πρώτο κεφάλαιο, πραγματοποιείται η καταγραφή της εμβρυϊκής ανάπτυξης από την απεικονιστική δυνατότητα που παρέχει το υπερηχογράφημα, με σκοπό να είναι στη συνέχεια πιο κατανοητή η βαρύτητα των επιπτώσεων ενός μη αναμενόμενου χρονικά τοκετού. Εισάγεται η έννοια της πρόωρης κύησης και αναλύεται η αιτιοπαθογένεια της και η επιδημιολογική της «εικόνα».

Αντικείμενο του δεύτερου κεφαλαίου είναι ο ορισμός και η ανάλυση του όρου «νεογνά υψηλού κινδύνου» καθώς επίσης της λειτουργίας μιας εξειδικευμένης νοσοκομειακής μονάδας, τη λεγόμενη MENN. Πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανάλυση των δυσλειτουργιών που διέπουν τα οργανικά συστήματα ενός νεογνού υψηλού κινδύνου και αναφέρονται οι συνηθέστερες παθολογικές διαταραχές των νεογνών σε συνάρτηση με τυχόν μακροχρόνια προβλήματα.

Στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας, αναλύεται το σύνολο των προβλημάτων που διέπουν μια σύντομη κύηση, με εστίαση στη θέση της οικογένειας. Σε αυτό το κεφάλαιο, γίνεται προσπάθεια να κατατεθεί με τον απλούστερο δυνατό τρόπο, ο ρόλος των οικογενειακών μελών στη φροντίδα του νεογνού και να τονιστεί το έντονο συναισθηματικό «προφίλ» των γονέων που βιώνουν τις επιπτώσεις επικινδυνότητας του νεογνού, που πολλές φορές είναι η αιτία για πυροδότηση μέχρι και ψυχικών διαταραχών.

Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η ολιστική περιγραφή του νοσηλευτικού ρόλου ως προς τον πρόωρο τοκετό και τα ευεργετήματα του μητρικού δεσμού – θηλασμού/θρέψης στο νεογνό. Αναλύεται η θέση του νοσηλευτικού προσωπικού στον υποστηρικτικό και εκπαιδευτικό ρόλο που κατέχει, με σκοπό τη ψυχική ενθάρρυνση των οικογενειακών μελών έναντι είτε στις προσδοκίες που είχαν υιοθετήσει οι γονείς για το νεογνό είτε στο πρόβλημα υγείας που παρουσιάζει το νεογνό νοσηλευόμενο εντός ή εκτός της MENN. Επιπλέον, παρατίθενται η διερεύνηση δυο περιστατικών σε νεογνά με χαμηλό βάρος σώματος και αναπνευστική δυσχέρεια και πραγματοποιείται η εξαγωγή των απαραίτητων - για τη πτυχιακή εργασία - συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΚΥΗΜΑΤΟΣ. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ

1.1 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ 1^{ου} ΤΡΙΜΗΝΟΥ - ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΜΒΡΥΪΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Το διάστημα της εμβρυϊκής ανάπτυξης και ειδικότερα στην αρχική φάση των πρώτων μηνών, δηλαδή από την 4^η έως και την 9^η εβδομάδα, είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς είναι το σημείο αφετηρίας για την ανάπτυξη όλων των συστημάτων του εμβρύου. Αυτό είναι το χρονικό πλαίσιο όπου θα ξεκινήσει η εκδήλωση κάποιας συγγενούς ανωμαλίας και στην πορεία η εγκυμοσύνη θα εμφανιστεί δυσλειτουργική. Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης συγγενών διαταραχών ξεκινά από την 1^η έως και την 14^η εβδομάδα (Netter, 2011).

Το υπερηχογράφημα αποτελεί μια από τις σημαντικότερες απεικονιστικές μεθόδους, το οποίο μας παρέχει στοιχεία που σχετίζονται άμεσα με την φυσιολογική ανατομική ανάπτυξη και λειτουργία του εμβρύου. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η καταγραφή των ευρημάτων που προκύπτουν ξεκινούν από την 4^η εβδομάδα όπου από εκεί ξεκινά να διακρίνεται υπερηχογραφικά το έμβρυο (Netter, 2011).

4^η ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

Όταν ο χρόνος κύησης βρίσκεται στην 4^η εβδομάδα και 3^η ημέρα αναγνωρίζεται ο μικρού μεγέθους, εμβρυϊκός σάκος, ο οποίος διαθέτει διπλό τοίχωμα και φαίνεται εσωτερικά του φθαρτού. Η μήτρα ελέγχεται σε επιμήκεις αλλά και σε εγκάρσιες τομές σε περίπτωση ανίχνευσης περισσότερων από ένα εμβρυϊκών σάκων. Η ανίχνευση του στηρίζει την διαγνωστική προσέγγιση της εγκυμοσύνης καθώς δεν βασιζόμαστε εξολοκλήρου στο πεπαχυσμένο ενδομήτριο. Σημαντική διαφοροποίηση θεωρείται αυτή του εμβρυϊκού σάκου από τον ψευδοσάκο της εξωμήτριας κύηση - ο οποίος δεν διαθέτει διπλό τοίχωμα - ή ακόμη και η συγκέντρωση βλέννας στο ενδομήτριο κατά το μέσον συνήθως του κύκλου. Η διάμετρος του σάκου υπολογίζεται από 2-3 χιλιοστά και δέχεται αύξηση περίπου 1 χιλιοστό την ημέρα μέχρι και την 12^η εβδομάδα (Netter, 2011), (<http://panacea.med.uoa.gr>).

Τους πέντε πρώτους μήνες της κύησης μέχρι και την 20^η εβδομάδα το μήκος του εμβρύου προσεγγίζεται μέσω της μέτρησης από την της κορυφής της κεφαλής μέχρι και τον κόκκυγα (κεφαλουραίο μήκος). Συμπληρωματικά με το υπερηχογράφημα πραγματοποιείται και η μέτρηση της χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) στο αίμα και τα ούρα (Netter, 2011), (<http://panacea.med.uoa.gr>).

5^Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

Ο δευτερογενής λεκιθικός ασκός (δημιουργείται ύστερα από την παλινδρόμηση του πρωτογενούς ο οποίος σχηματίζεται την 4^η εβδομάδα) αναγνωρίζεται περίπου κατά την 20^η εβδομάδα ενώ παρουσιάζεται με πλήρη υπερηχογραφική ορατότητα στις 5 εβδομάδες και 4 ημέρες. Θεωρείται το πρώτο αιμοποιητικό όργανο. Ο σχηματισμός του λεκιθικού ασκού πιστεύεται ότι προδιαθέτει μια ομαλή και λειτουργική εξέλιξη της εγκυμοσύνης ενώ η απουσία του με κακή πρόγνωση. Ο εμβρυϊκός πόλος είναι ορατός δίπλα στο λεκιθικό ασκό (Middleton, 2006), <http://panacea.med.uoa.gr>).

Αυτή είναι και η περίοδος όπου η εμβρυϊκή κυκλοφορία ξεκινά να σχηματίζεται. Κατά τα τέλη της 5^{ης} εβδομάδας η καρδιακή συχνότητα υπολογίζεται ότι είναι περίπου 100 παλμοί/λεπτό. Η αναγνώριση θετικής (+) καρδιακής λειτουργίας αποτελεί ένα θετικό προγνωστικό στοιχείο ιδίως σε καταστάσεις απειλούμενης έκτρωσης. Σε κάθε έμβρυο με μήκος μεγαλύτερο του 1 εκατοστού θα πρέπει να αναγνωρίζεται η καρδιακή λειτουργία διότι σε αντίθετη περίπτωση το κύημα ενδέχεται να έχει παλινδρομήσει. Ένας μεγάλος σάκος με μικρό ακίνητο εμβρυϊκό πόλο αποτελεί κατάσταση παλινδρομής έκτρωσης (Middleton, 2006), (<http://panacea.med.uoa.gr>).

6 ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

Ο εμβρυϊκός πόλος (ο οποίος εφάπτεται στον πυθμένα του σάκου και το μήκος του φτάνει τα 5 χιλ.), ο λεκιθικός ασκός και η καρδιακή λειτουργία εμφανίζονται πάντα στο υπερηχογράφημα καθώς είναι πλήρως ορατά στοιχεία. Η καρδιακή συχνότητα μεγαλώνει και φτάνει τους 130 παλμούς/λεπτό. Η παρουσία του σάκου φαίνεται εκτενέστερα καθώς ανιχνεύεται το παχύ τοίχωμα του και εμφανίζει μεγαλύτερη αντανάκλαση από το περιβάλλον μυομήτριο και με ποσότητα υγρού εσωτερικά χωρίς αντανάκλασεις. Διαθέτει σφαιρικό σχήμα και αναγνωρίζεται το σημείο εμφύτευσης του (Benacerraf, 2009).

Κατά κύριο λόγο, βρίσκεται στον πυθμένα της μήτρας ενώ παρέχεται η δυνατότητα να ανιχνεύεται και διαμέσου της ενδομήτριας κοιλότητας. Σε ελάχιστες περιπτώσεις εμφυτεύεται στο ένα κέρασ της μήτρας ή χαμηλά στον τράχηλο. Ωστόσο εάν δίπλα στο σάκο εντός της ενδομήτριας κοιλότητας βρίσκεται ποσότητα αίματος ή άλλου υγρού τότε μπορεί να αναγνωριστεί και το θυλακοειδή φθαρτό από το γνήσιο (Benacerraf, 2009).

Σήμερα, στις μισές παρακολούθησες κήσεις, στο εσωτερικό των σάκων από την 6^η εβδομάδα και μετά, εμφανίζεται κάποια αντανάκλαση. Αυτή μπορεί να συσχετίζεται με το νεοσχηματιζόμενο εμβρυϊκό πόλο ή σε κάποιο πήγμα αίματος στο εσωτερικό του σάκου. Η αμνιακή κοιλότητα παρουσιάζεται ως μια λεπτή μεμβράνη γύρω από το έμβρυο ενώ φτάνοντας στην 7^η εβδομάδα η κοιλότητα του ρομβοειδούς εγκεφάλου αναγνωρίζεται ως μια μικρή υπερηχογενής περιοχή στο κεφαλικό άκρο του εμβρύου. Σημαντική αναφορά αποτελεί η αρχή διαμόρφωσης του συνόλου των ζωτικών οργάνων και των εξωτερικών χαρακτηριστικών του κυήματος, η οποία ξεκινά από την 6^η μέχρι και την 10^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης (Benacerraf, 2009), (<http://panacea.med.uoa.gr>).

7^Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

Το εμβρυϊκό σώμα παρουσιάζεται ως τρίγωνο σε οβελιαία διατομή. Οι πλευρές του τριγώνου αυτού αποτελούνται από την ραχιαία επιφάνεια του κορμού, την οροφή του ρομβοειδούς εγκεφάλου και το μετωπιαίο τμήμα του κρανίου. Επίσης τη βάση του ομφάλιου λώρου και την εμβρυϊκή ουρά. Το εμβρυϊκό σώμα εμφανίζεται λεπτό σε στεφανιαία τομή. Τα άκρα είναι βραχείες προεξοχές σχηματισμένες σαν ένα «κουπί» (Netter, 2011).



Εικόνα 1.1: Έβδομη εβδομάδα κύησης (Πηγή: <http://www.drgoulis.gr>)

- ✓ Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: Οι κοιλότητες του εγκεφάλου αναγνωρίζονται ως υποηχογενείς τοποθεσίες, οι οποίες περιλαμβάνουν και τα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Οι πλάγιες κοιλίες διαμορφώνονται σαν μικρά στρογγυλά κυστίδια. Η κοιλότητα του διάμεσου εγκεφάλου αναπτύσσεται σε οπίσθια θέση. Στα μικρότερου μεγέθους έμβρυα, ο τελικός εγκέφαλος συνιστά μια συνεχή κοιλότητα μεταξύ των πλάγιων κοιλιών. Σε οβελιαία τομή η κοιλότητα του διάμεσου εγκεφάλου είναι μεγαλύτερου μήκους συγκριτικά με τον μέσο εγκέφαλο (ο οποίος στη συνέχεια θα σχηματιστεί ως ο υδραγωγός του Sylvius), ενώ τα όρια τους ξεχωρίζουν εμφανέστατα. Η κοιλότητα του μέσου εγκεφάλου είναι κυρτή σαν σωλήνας. Ευθυγραμμίζεται αρκετά κατά τη διάρκεια των επόμενων εβδομάδων. Μέχρι την 8^η εβδομάδα ανιχνεύεται κανονικά. Η σχετικά ευρεία και ρηχή κοιλότητα του ρομβοειδούς ή οπίσθιου εγκεφάλου (μελλοντικά γέφυρα και παρεγκεφαλίδα) είναι πάντα ορατή από τις 7 εβδομάδες ενώ στην πορεία θα σχηματίσει ένα καθορισμένο με σαφήνεια ρομβοειδές σχήμα (Benacerraf, 2009), (<http://panacea.med.uoa.gr>).
- ✓ Καρδιά: Η καρδιά εμφανίζεται μεγάλη, διακριτή, με πάλλουσα δομή, στις 7 εβδομάδες. Η καρδιακή συχνότητα σε αυτή την φάση δέχεται αύξηση από 130 παλμούς/min σε 160 παλμούς/min. Ωστόσο οι ανατομικές της δομές δεν είναι ακόμη εμφανής σε αντίθεση με τα ενδοκοιλιακά και κοιλιακά διαμερίσματα, τα οποία σε ορισμένα έμβρυα ενδέχεται να εμφανιστούν λόγω των μετατοπίσεων των τοιχωμάτων (Benacerraf, 2009), (<http://panacea.med.uoa.gr>).
- ✓ Πεπτικό σύστημα: Ο ομφάλιος λώρος εμφανίζεται βραχύς ενώ στην κοιλία παρουσιάζεται διευρυμένος και υπερηχογενής. Αποτελεί το πρώτο βασίμο δεδομένο για εγκολεασμό του εντέρου στον ομφάλιο λώρο (Benacerraf, 2009), (<http://panacea.med.uoa.gr>).
- ✓ Επιπλέον Εμβρυϊκές Δομές: Η αμνιακή κοιλότητα διακρίνεται από τις πρώτες μέρες της 7^{ης} εβδομάδας. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η μέση τιμή διαμέτρου της αμνιακής κοιλότητας υπολογίζεται περίπου στην ίδια τιμή με αυτή του αντίστοιχου κεφαλουραίου μήκους (Benacerraf, 2009).

8^H ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

- ✓ Εμβρυικός σάκος και λεκιθικός ασκός: Η σωματική διάπλαση του εμβρύου αρχίζει να απεικονίζεται καλύτερα καθώς αρχίζουν να απεικονίζεται οι αγκώνες, τα χέρια και τα δάχτυλα των χεριών (Benacerraf, 2009).
- ✓ Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: Κατά τον έλεγχο του εμβρυϊκού κρανίου, οι εγκεφαλικές κοιλότητες παρουσιάζονται ως «μεγάλες τρύπες» στο εσωτερικό της κεφαλής. Διαμετρικά της τρίτης κοιλίας εμφανίζονται τα εγκεφαλικά ημισφαίρια, τα οποία σχηματίζονται σε χοντρές κυκλικές λωρίδες. Αντιθέτως το τμήμα του Μονρο κατά τα τέλη της 8^{ης} εβδομάδας αρχίζει να αναπτύσσεται σε σημείο που μπορεί να γίνει ορατό. Με το υπερηχογράφημα ο ρομβοειδής εγκέφαλος εμφανίζεται σε πυραμιδική μορφή ενώ τα χοριοειδή πλέγματα αποτελούν πλευρικές ηχογενείς περιοχές του εγκεφάλου. Στην πορεία της εμβρυϊκής ανάπτυξης παρατηρείται η μετατόπιση των χοριοειδών πλεγμάτων στην οροφή της 4^{ης} κοιλίας όπου την διαχωρίζει -κατά τη μέση γραμμή- σε δύο τμήματα διαφορετικού μεγέθους (Benacerraf, 2009).
- ✓ Καρδιά: Η καρδιακή λειτουργία φτάνει τους 160 παλμοί /λεπτό ενώ είναι δυνατόν να κατανοηθούν τα τοιχώματα των κόλπων και των κοιλιών τα οποία παράγουν σαφή κίνηση προς την αρχή της 9^{ης} εβδομάδας. Επίσης το ενδοκοιλιακό διαμέρισμα εκτιμάται μεγαλύτερο συγκριτικά με το κοιλιακό διαμέρισμα και πλέον το όργανο της καρδιάς καταλαμβάνει το 50% του εσωτερικού της θωρακικής κοιλότητας (Benacerraf, 2009).
- ✓ Πεπτικό: Μέχρι και την περίοδο που η γυναίκα διανύει την 7^η εβδομάδα κύησης δεν ανιχνεύεται κάποιο στοιχείο του στομάχου με εξαίρεση ορισμένα περιστατικά που παρουσιάζεται το γαστρικό περιεχόμενο να είναι πλήρες από υγρά και έτσι αναγνωρίζεται ως μια μικρή υποηχογενής περιοχή στην αριστερή πλευρά της ανώτερης κοιλίας, στο κάτω μέρος της καρδιάς (Benacerraf, 2009), (<http://panacea.med.uoa.gr>).

9^Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

Κατά την περίοδο που απευθυνόμαστε στην 9^η εβδομάδα κύησης του εμβρύου διακρίνεται το ελλειψοειδές σχήμα του οργανισμού και ειδικότερα η άνιση κατανομή μεταξύ του κρανίου με το υπόλοιπο σώμα. Τα πέλματα εφάπτουν στη μέση γραμμή ενώ παρέχεται η δυνατότητα λήψης εικόνων που παρουσιάζουν το στόμα του εμβρύου (Middleton, 2006).

- ✓ Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: Πλέον οι πλάγιες κοιλίες μπορούν να είναι πλήρως διακριτές ενώ ανιχνεύονται καλύτερα κατά την παραοβελιαία τομή. Ο φλοιός παρουσιάζεται ομαλός και υποηχογενής. Τα χοριοειδή πλέγματα των πλάγιων κοιλιών εντοπίζονται με σαφήνεια κατά την 9^η εβδομάδα και 4^η ημέρα. Ο σχηματισμός τους εξελίσσεται ραγδαία συνδυαστικά με την ανάπτυξη των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, λαμβάνοντας τον περισσότερο χώρο εντός των πλάγιων κοιλιών. Το πλάτος της διάμεσου εγκεφάλου μικραίνει σε αντίθεση με το πλάτος του μέσου εγκεφάλου το οποίο διατηρεί την βατότητα του. Είναι ορατός εκτός των άλλων και ο ισθμός που βρίσκεται ανάμεσα στην κοιλότητα του μέσου εγκεφάλου και της τρίτης κοιλίας. Το τοίχωμα του μέσου εγκεφάλου, γίνεται εντονότερο ενώ οι πλευρικές γωνίες του εγκεφάλου, δηλαδή οι πλάγιες κοιλίες, ανιχνεύονται καλύτερα το χρονικό διάστημα 7^{ης} και 8^{ης} εβδ. . Στην πορεία της εμβρυϊκής ανάπτυξης, οι πλάγιες κοιλίες θα καλυφθούν από τα διευρυνόμενα παρεγκεφαλιδικά ημισφαίρια. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να είναι διακριτό μόνο το κεντρικό μέρος της υποηχογενούς 4^{ης} κοιλίας (Middleton, 2006).
- ✓ Καρδιά: σε αυτή τη φάση η καρδιακή συχνότητα υπολογίζεται ότι είναι στους 175 παλμούς/λεπτό (Middleton, 2006).
- ✓ Πεπτικό: Ξεκινώντας από την 8^η εβδομάδα και 3^η ημέρα και φτάνοντας στην 10 εβδομάδα και 4^η ημέρα του χρόνου κύησης διαπιστώνεται εγκολεασμός του εντέρου στην ομφαλίδα και αξιολογείται μέσω της μεθόδου του υπερηχογραφήματος ως μια μεγάλη μεγέθους υπερηχογενής μάζα (Middleton, 2006), (<http://panacea.med.uoa.gr>).

10^H ΚΑΙ 11^H ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

Τα χαρακτηριστικά εμφάνισης του εμβρύου εμφανίζονται πλέον πιο αναγνωρίσιμα, την ίδια στιγμή που το σώμα του εμβρύου αυξάνεται σε μήκος. Στα έμβρυα που δέχονται γρηγορότερη ανάπτυξη, τα πέλματα περιστρέφονται στο οβελιαίο επίπεδο. Το κρανίο συνεχίζει να παραμένει μεγαλύτερο συγκριτικά με το υπόλοιπο σώμα και παρουσιάζεται προεξέχον μέτωπο και ευθύ ινίο. Η οστική σύνδεση και ενοποίηση της κεφαλής ξεκινά κατά την 11^η εβδομάδα με την διαμεσολάβηση του ινιακού οστού. Αντιθέτως η ολική συγκρότηση της σπονδυλικής στήλης πραγματοποιείται προς τα τέλη του 1^{ου} τριμήνου. Σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να τονιστεί αποτελεί το γεγονός ότι από τη 10^η εβδομάδα σε όλα τα έμβρυα ανιχνεύεται συλλογή υγρού στον τράχηλο, με την σημερινή ονομασία της «αυχενικής διαφάνειας» (Middleton, 2006).

- ✓ Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: οι ημισεληνοειδείς πλάγιες κοιλίες αυξάνουν την πληρότητα του πρόσθιου μέρους της κεφαλής και καταλαμβάνουν το διάμεσο εγκέφαλο. Η 3^η κοιλία μετά από παροδική διεύρυνση σμικρύνεται. Ο μέσος εγκέφαλος κινείται βαθμιαία προς το κέντρο του εγκεφάλου. Αφού έχει δεχθεί μια αύξηση, το πλάτος της τρίτης κοιλίας φαίνεται πιο στενό όσο καταλήγουμε στο τέλος του πρώτου τριμήνου. Με το πέρασμα της 11^{ης} εβδομάδας παρατηρείται ένωση των παρεγκεφαλιδικών ημισφαιρίων ενώ την 10^η εβδομάδα και 3^η ημέρα τα χοριοειδή πλέγματα της 4^{ης} κοιλίας έχουν την δυνατότητα να απεικονίζονται στο υπερηχογράφημα (Middleton, 2006).
- ✓ Καρδιά: όταν η κύηση διανύει την 10^η εβδομάδα αναγνωρίζεται η κάθε κίνηση των κολποκοιλιακών βαλβίδων μαζί με το κολποκοιλιακό διάφραγμα. Παρατηρείται μείωση επίσης της καρδιακής συχνότητας στους 165 παλμούς/λεπτό (Middleton, 2006).
- ✓ Πεπτικό: Ο μέγιστος εγκολεασμός του εντέρου διακρίνεται μέσω του υπερηχογραφήματος τις πρώτες ημέρες της 10^{ης} εβδομάδας ενώ το στομάχι παρέχει την δυνατότητα της απεικόνισης του από την αρχή της 11^{ης} εβδομάδας (Middleton, 2006), (<http://panacea.med.uoa.gr>).

12^η ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

Οι μετρήσεις της αμφιβρεγματικής διαμέτρου, το κεφαλουραίο μήκος και η διάμετρος του αμνιακού σάκου αναγνωρίζουν μεγάλο ρυθμό ομοιομορφίας ως προς την ταχύτητα αύξησης. Ο λεκιθικός ασκός δέχεται ομαλή αύξηση μέχρι και την 10^η εβδομάδα (Middleton, 2006).

12^η ΕΩΣ 14^η ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

Σε αυτή τη χρονική περίοδο αποφαίνεται εξέλιξη στο σύστημα των κοιλιών, της παρεγκεφαλίδας και του οπίσθιου κρανιακού βόθρου, τα οποία συμβάλλουν σημαντικά στην δραστηριότητα του Κ.Ν.Σ. Ωστόσο, η ολοκληρωμένη ανάπτυξη της παρεγκεφαλίδας τελειώνει την 17^η εβδομάδα κυοφορίας της εγκύου (Middleton, 2006).



Εικόνα 2.1: νεογνό (Πηγή: <https://fanpage.gr>)

1.2 Ο ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΩΡΟ ΕΜΒΡΥΟ

Η επιβίωση των πρόωρων νεογνών επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την καλύτερη δυνατή μέθοδο του τρόπου διεξαγωγής του τοκετού, εάν είναι δηλαδή μέσω φυσιολογικού τοκετού ή δια καισαρικής τομής. Αυτή η επιλογή γίνεται ακόμη σημαντικότερη για νεογνά που γεννιούνται με βάρος σώματος μικρότερο των 1000 g. (Levene, 2006).

Αναλυτικότερα αναφέρεται ότι για τον προκλητό πρόωρο τοκετό ενδείκνυται αποκλειστικά η καισαρική τομή καθώς αυξάνει τα ποσοστά επιτυχίας μιας υγιούς εξέλιξης της προωρότητας ενώ ο αυτόματος τοκετός συσχετίζεται με την προβολή του εμβρύου, την γενικότερη πορεία

τοκετού και τις προβλεπόμενες επιπλοκές είτε προερχόμενες από την μητέρα είτε από το έμβρυο.

Έτσι, σε αυτή την περίπτωση η επιλογή της καισαρικής τομής ή του κοιλιακού τοκετού στηρίζονται στην κρίση του θεράπων ιατρού. Ωστόσο, σε καταστάσεις κύησης που παρουσιάζεται ισχυρή προβολή του κυήματος και σωματικό βάρος εμβρύου μικρότερο των 1500 gr., τότε η διενέργεια της καισαρικής τομής αποτελεί αποκλειστική επιλογή για την διεξαγωγή του τοκετού (Levene, 2006).

1.3 ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ

Με την έννοια της προωρότητας νεογνών δηλώνεται ο τοκετός ενός εμβρύου που έχει πραγματοποιηθεί νωρίτερα από την 37^η εβδομάδα κύησης. Για να αναγνωριστεί μια κύηση φυσιολογική θα πρέπει να έχουν ολοκληρωθεί 40 εβδομάδες κυοφορίας του εμβρύου. Επειδή δεν μπορούν να δοθούν στη Δημόσια Υγεία σαφή δεδομένα που αφορούν στην ακριβέστερη διάρκεια μιας κύησης, έχει καθιερωθεί ως αξιόπιστο και διεθνές κριτήριο προωρότητας η τιμή του βάρους που γεννιέται το νεογνό. Έτσι όταν το βάρος γέννησης είναι ίσο ή μικρότερο των 2500 g, ανεξάρτητα από την περίοδο κύησης, το νεογνό ονομάζεται ως πρόωρο (Friedrich, 2010).

Συμπληρωματικά και ενδεικτικά στοιχεία προωρότητας αποτελούν:

- Το μήκος κεφαλής-πτέρνας (τιμή μικρότερη των 32 cm).
- Το κεφαλομηριαίο μήκος (τιμή μικρότερη των 47 cm).
- Η μετωπιαίο-ινιακή περιφέρεια (τιμή μικρότερη των 33 cm).
- Η μετωπιαίο-ινιακή διάμετρος (τιμή μικρότερη των 11,5 cm).
- Τέλος, το πηλίκο της περιφέρειας του θώρακα και προς την περιφέρεια της κεφαλής (τιμή μικρότερη από 93%) (Friedrich, 2010).

Η αναγνώριση ενός μόνο γενικού κριτηρίου, δηλαδή το σωματικό βάρος του νεογνού, αναγκάζει τον ιατρό να κινείται σε ένα μικρό πεδίο διερεύνησης της προωρότητας, καθώς τον περιορίζει στο να προβεί σε μια σαφέστερη εκτίμηση των νεογνών που γεννιούνται

νωρίτερα από την αναμενόμενη ηλικία κύησης και δεν διαθέτουν ολοκληρωμένο οργανικά σύστημα. Έρχεται σε σύγκρουση με περιστατικά όψιμων νεογνών, τα οποία παρουσιάζουν μειωμένο σωματικό βάρος, για διαφορετικές ωστόσο αιτίες από αυτήν της μικρής διάρκειας κύησης (Friedrich, 2010).

Σήμερα, τίθεται ερώτημα από την Επιτροπή Ειδικών Προωρότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σύμφωνα με την οποία υποστηρίζεται ότι είναι πιο σαφής και αξιόπιστη η αντικατάσταση του τίτλου «Προωρότητα» με αυτή του όρου «Χαμηλό Βάρος Γέννησης», διότι αναλύεται πιο κατανοητά ο μηχανισμός επιβίωσης των νεογνών που το βάρος τους υπολογίζεται πως είναι μικρότερο των 2500 g. Ο τελευταίος αυτός όρος, πιστεύεται ότι πρέπει να αναφέρεται για νεογνά που διαθέτουν μειωμένο σωματικό βάρος και πολλαπλά στοιχεία μη ολοκληρωμένης ανάπτυξης (Friedrich, 2010).

Η προωρότητα αποτελεί μια μάστιγα στην γυναικεία φύση εάν λάβουμε υπόψη ότι το ενδεχόμενο επιβίωσης των νεογνών που γεννήθηκαν σε νωρίτερο χρόνο επηρεάζεται και εξαρτάται από το επίπεδο της ωριμότητας που έχει αναγνωριστεί, την κλινική εικόνα που φέρει το νεογνό όπως επίσης και την ποιότητα της ιατρικής – νοσηλευτικής φροντίδας που του παρέχεται. Οφείλουμε να τονίσουμε ότι η προωρότητα αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου κατά τη νεογνική περίοδο ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας σε βρέφη με βάρος σώματος μικρότερο των 2500g υπολογίζεται ότι είναι 17 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με τα νεογνά που ζύγιζαν πάνω από 2500 g. (Friedrich, 2010).

Ο μη φυσιολογικός πνευμονικός αερισμός, η προσβολή του νεογνού από λοιμογόνο παράγοντα, η παρουσία ενδοκρανιακής αιμορραγίας, η εμφάνιση πηκτικών διαταραχών και τέλος οποιαδήποτε χρωμοσωμική ανωμαλία αποτελούν σήμερα τις σημαντικότερες διαταραχές που όταν συμπίπτουν με την προωρότητα οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας των νεογνών (Friedrich, 2010).

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Στον Ελλαδικό χώρο η συχνότητα εμφάνισης ενός πρόωρου τοκετού αγγίζει περίπου το 10% των συνολικών γεννήσεων ετησίως. Η ανωριμότητα του εμβρυϊκού οργανισμού και η έκθεση στη συνέχεια του νεογνού σε λοιμογόνους παράγοντες αυξάνουν δραματικά τα επίπεδα θνησιμότητας και οδηγούν στην μελλοντική παρουσία σωματικών και νευρολογικών επιπλοκών. Έτσι, το βιώσιμο επίπεδο ενός πρόωρου νεογνού μειώνεται και η εκδήλωση

χρόνιων παθήσεων αυξάνεται. Δυστυχώς σήμερα τα πρόωρα νεογνά καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό παιδιατρικών ασθενών σε ολόκληρη την Ευρώπη, πέραν της Ελλάδας (Πολυχρονίδης, 2010).

Αποφαινεται ότι τα επιδημιολογικά στοιχεία που σχετίζονται με την προωρότητα παρουσιάζουν μια παρατεταμένη αύξηση ιδίως τις δυο τελευταίες δεκαετίες. Ενώ στα τέλη του περασμένου αιώνα το ποσοστό κυμαινόταν από 6 έως 7%, των συνολικών περιπτώσεων γεννήσεων, σήμερα έχει ξεπεράσει τα επιτρεπτά όρια και υπολογίζεται ότι είναι μεγαλύτερο του 12% (αξίζει να αναφερθεί ότι η Αμερική που διαθέτει ακριβέστερο αρχείο γεννήσεων δηλώνει ότι το ποσοστό της αγγίζει το 20%) (<http://thesis.ekt.gr>).

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι στα 10 μωρά που γεννιούνται τα 1-2 είναι πρόωρα ή σε παγκόσμιο επίπεδο αυτό εκφράζεται με απόλυτους αριθμούς πως ετησίως γεννιούνται σ' όλο τον κόσμο 15.000.000 πρόωρα νεογνά από τα οποία 500.000 γεννιούνται σε Ευρωπαϊκές χώρες. Στατιστικά, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία που αξιολογούνται διαπιστώνεται ότι η Προωρότητα καταδεικνύει αυξητικό ρυθμό κατά τα τελευταία 10 χρόνια σε ολόκληρη την Ευρώπη και αυτή η αρνητική εξέλιξη αναμένεται να συνεχίσει και τα επόμενα χρόνια (<http://thesis.ekt.gr>).

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι επιπλοκές που απορρέουν από ένα πρόωρο τοκετό έχουν εκτιμηθεί για την σοβαρότητα τους στην πρόγνωση του θέματος και τοποθετούνται στη δεύτερη πιο γνωστή αιτία θνησιμότητας για παιδιά που προήλθαν από πρόωρη γέννηση και δεν πρόλαβαν να ολοκληρώσουν το 5^ο έτος ηλικίας τους. Συγκεκριμένα, το 40% των συνολικών θανάτων που πραγματοποιηθήκαν πριν τα 5 έτη αναφέρονταν σε νεογνά που βρισκόνταν περίπου στις 28 ημέρες ζωής. Το μεγαλύτερο μερίδιο θνησιμότητας καλύπτει επιπλοκές προωρότητας που εμφανίστηκαν πριν τις 37 συμπληρωμένες εβδομάδες κύησης του εμβρύου ή από την παρουσία μη αναμενόμενων διαταραχών κατά την διεξαγωγή του τοκετού (Πολυχρονίδης, 2010), (<http://thesis.ekt.gr>).

1.5 Η ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Μέχρι σήμερα, δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί με σαφήνεια ποια ακριβώς είναι η αιτιολογία ή ο μηχανισμός δράσης που οδηγεί μια γυναίκα να γεννήσει πριν την αναμενόμενη και προγραμματισμένη ημερομηνία, είτε το πρόβλημα προέρχεται από την ίδια είτε από το έμβρυο. Έτσι λοιπόν, παρουσιάζεται ένα ευρύ πλαίσιο πολυάριθμων διαταραχών (μιαευτικές

- γυναικολογικές, παθολογικές ή ανατομικές δυσλειτουργίες) τα οποία εμπλέκονται ή προδιαθέτουν σε σημαντικό βαθμό την αύξηση ενός πρόωρου τοκετού (Edenhofer, 2015).

Οι επαγγελματίες υγείας (ιατρικό – νοσηλευτικό - μαιευτικό προσωπικό) υποστηρίζουν ότι το 25 με 50% των κρουσμάτων προωρότητας δεν συνηγορούν προς ένα συγκεκριμένο γεγονός αλλά στηρίζονται σε παράγοντες παθήσεων που αλληλεπιδρούν στην ηλικία κύησης (Edenhofer, 2015).

Στην συνέχεια του κεφαλαίου, πραγματοποιείται η λεπτομερής καταγραφή και κατηγοριοποίηση των γνωστότερων καταστάσεων που έχουν αποδειχθεί ότι μπορεί να πυροδοτήσουν την πρόωρη γέννηση ενός εμβρύου:

ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:

- ❖ Παρουσία Υπέρτασης κατά την κύηση.
- ❖ Προδρομικός πλακούντας.
- ❖ Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.
- ❖ Εμβρυοπλακουντιακή ανεπάρκεια.
- ❖ Πολύδυμη κύηση.
- ❖ Υδράμνιο ή ολιγάμνιο.
- ❖ Πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.
- ❖ Γενετικές διαταραχές.
- ❖ Εκδήλωση χωροκατακτητικών εξεργασιών στην περιοχή των έσω γεννητικών οργάνων (ινομώματα, όγκοι ωοθήκης).
- ❖ Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις στην μήτρα (Edenhofer, 2015).

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:

- ❖ Εμφάνιση συστηματικών ασθενειών.
- ❖ Δυσλειτουργίες Ενδοκρινικού Συστήματος.
- ❖ Παρατεταμένες λοιμώξεις του Ουροποιητικού Συστήματος.
- ❖ Φλεγμονές εντοπισμένες στα γεννητικά όργανα της γυναίκας.
- ❖ Σκωληκοειδίτιδα.
- ❖ Χολοκυστίτιδα (Edenhofer, 2015).

ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΑΙΤΙΑ:

- ❖ Δυσμορφία και ανικανότητα του τραχήλου της μήτρας.
- ❖ Συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας (Edenhofer, 2015).

ΕΠΙΠΛΕΟΝ:

- ❖ Μείωση της τιμής της προγεστερόνης και αύξηση της τοπικής παραγωγής προσταγλανδινών.
- ❖ Επιβαρημένο ιστορικό μητέρας από παρελθοντικές εκτρώσεις, αποβολές ή πρόβλημα προσωρινής στειρότητας.
- ❖ Ηλικιακό επίπεδο εγκύου.
- ❖ Διαταραγμένο ψυχολογικό- οικονομικό υπόβαθρο διαβίωσης της εγκύου (κακές συνθήκες επιβίωσης, εγκατάσταση αγχώδους συμπεριφοράς, stress).
- ❖ Κάπνισμα ή κατανάλωση ουσιών που εθίζουν τον οργανισμό και προκαλούν συμπτώματα εξάρτησης.
- ❖ Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.
- ❖ Ανθυγιεινή διατροφή ή παχυσαρκία (Edenhofer, 2015)

1.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο πρόωρος τοκετός σηματοδοτείται με την αρχή των συσπάσεων της μήτρας, οι οποίες παρουσιάζονται παροδικά με λίγα λεπτά καθυστέρησης (περίπου 10 min) μεταξύ τους ενώ με το πέρασμα της ώρας η ένταση των συσπάσεων αυξάνεται. Έτσι ακολουθεί η διαστολή του τραχήλου, η παρουσία ελάχιστης ποσότητας αίματος και στη συνέχεια ανάλογα με την περίπτωση της εγκύου αναγνωρίζεται προδρομικός πλακούντας ή πρόωρη αποκόλληση, και πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων (περίπου στο 25% των συνολικών πρόωρων γεννήσεων). Για να προσεγγίσουμε την διαγνωστική εκτίμηση των πρόωρων συσπάσεων, η επίτοκος υποχρεούται να προβεί σε κλινικό και καρδιοτοκογραφικό έλεγχο για τουλάχιστον 30 min. (Edenhofer, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΕΟΓΝΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ - Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

2.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΕΟΓΝΟΥ ΚΑΙ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΣΤΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Σήμερα, η επιστημονική κοινότητα δεν έχει καθορίσει ένα σαφή ορισμό για την έννοια του «νεογνού υψηλού κινδύνου» καθώς οι αιτιολογικοί παράμετροι που μπορούν να «μετατρέψουν» ένα νεογνό σε νεογνό υψηλού κινδύνου είναι πολύπλοκοι και αλληλένδετοι μεταξύ τους. Ωστόσο, οι εκπρόσωποι του ιατρικού κλάδου αναφέρουν ότι νεογνά υψηλού κινδύνου θεωρούνται ιδίως τα πρόωρα νεογνά, τα οποία ανεξάρτητα από την εμβρυϊκή ηλικία που είχαν πριν τον τοκετό ή τις τιμές του βάρους σώματος τους, παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες από το μέσο όρο να νοσήσουν, να πυροδοτήσουν στον οργανισμό τους βλάβες – μακροχρόνιας μορφής - ή να μη καταφέρουν να επιβιώσουν. Αντιμετωπίζουν δηλαδή, περισσότερα προβλήματα κατά την εξωμήτρια ζωή και χρήζουν εξειδικευμένης ιατρικής και νοσηλευτικής παρακολούθησης και φροντίδας (Middleton, 2006).

Με βάση το βαθμό προωρότητας, στον οποίο μπορεί να γεννηθεί ένα νεογνό διακρίνονται και ορισμένα ιδιάζοντα μορφολογικά γνωρίσματα που αποδεικνύουν την ανωριμότητα του οργανισμού. Η επιδερμίδα τους είναι λεπτότερη και διαφανής, ξεχωρίζοντας μια ερυθρότητα ως προς το σύνολο του χρώματος. Λόγω της απουσίας ενός παχύτερου υποδερμικού στρώματος αναγνωρίζονται καλύτερα τα αγγεία. Στη κεφαλή παρατηρείται αυξημένο χνούδι ενώ οι δερματικές πτυχές στα πέλματα είναι ατελώς ανεπτυγμένες και το πτερύγιο του αυτιού παρουσιάζεται με ατελή ελίκωση. Ως προς τα γεννητικά όργανα, η διαφοροποίηση πρόωρου

από τελειόμηνου, φαίνεται πιο χαρακτηριστικά καθώς διαγράφονται υποπλαστικά και η θηλή με τη θηλαία άλω να διακρίνονται ελάχιστα (Middleton, 2006).

Εκτός όμως των εξωτερικών χαρακτηριστικών τα πρόωρα νεογνά



Εικόνα 1.2 Νεογνό στη ΜΕΝΝ (Πηγή: <https://fanpage.gr>)

παρουσιάζουν και προβλήματα πέραν της εμφάνισης. Στη συνέχεια, πραγματοποιείται η καταγραφή τους (Middleton, 2006).

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Το πρόωρο νεογνό, ακριβώς μετά την γέννηση του, παρουσιάζει την σημαντικότερη αναπνευστική δυσλειτουργία, η οποία θα πρέπει άμεσα να αντιμετωπιστεί. Καλείται σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας και η εκδήλωση του πυροδοτείται λόγω της ανωριμότητας των πνευμόνων να τελέσουν μια φυσιολογική αναπνοή και της απόρροιας που ακολουθεί από την έλλειψη του επιφανειοδραστικού παράγοντα (ελαττώνεται η επιφανειακή τάση των τοιχωμάτων των κυψελίδων και εμποδίζει την μεταξύ τους σύμπτωση). Το ΣΑΔ απαιτεί για την εξάλειψη του υποστήριξη με οξυγόνο, μηχανικό αερισμό και εξειδικευμένη φαρμακευτική αντιμετώπιση (Middleton, 2006).

Εάν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα ένα πρόωρο νεογνό με ΣΑΔ τότε θα επέλθει Βρογχοπνευμονική Δυσπλασία, μια χρόνια νόσος του πνεύμονα που οφείλεται κατά κανόνα στην εφαρμογή του μηχανικού αερισμού. Σημαντική παράμετρος στην εκδήλωση της συγκεκριμένης πάθησης καθορίζεται από τον βαθμό προωρότητας, την βαρύτητα του ΣΑΔ και τις υψηλές πιέσεις που παράγει ο αναπνευστήρας (Middleton, 2006).

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Ο μεγαλύτερος αριθμός πρόωρων νεογνών παρουσιάζουν ανοικτό αρτηριακό πόρο, παρόλα αυτά όμως σε ποσοστό 75% στην πορεία της ζωής του δείχνει να κλείνει από μόνος του. Με τον αρτηριακό πόρο βοηθάτε η κυκλοφορία του αίματος όχι μόνο κατά την εμβρυϊκή του ηλικία αλλά και μετά την λήξη του τοκετού. Σε κάθε τέτοια περίπτωση, απαιτείται να εφαρμοστεί συντηρητική θεραπεία και εάν τα αποτελέσματα δεν ανταποκρίνονται στη βατότητα του αρτηριακού πόρου, μάλλον θα χρειαστεί χειρουργική αποκατάσταση. Επιπλοκές της συγκεκριμένης καρδιακής διαταραχής είναι η πνευμονική συμφόρηση και η καρδιακή κάμψη (Middleton, 2006).

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η μεγαλύτερη αιτία αύξησης της θνησιμότητας των πρόωρων νεογνών οφείλεται στην εγκεφαλική αιμορραγία, η οποία αποτελεί την πιο επικίνδυνη νευρολογική διαταραχή. Θεωρείται ένα πρόβλημα άμεσης εκδήλωσης αν σκεφτεί κανείς ότι αναπτύσσεται μέχρι και την 4^η ημέρα ζωής του νεογνού. Για να προκληθεί σοβαρή εγκεφαλική βλάβη θα πρέπει να προκληθεί μεγάλου βαθμού αιμορραγία, η οποία θα είναι ικανή να προκαλέσει μέχρι και υδροκεφαλία (Middleton, 2006).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ

Η σίτιση του νεογνού δέχεται ορισμένες διαταραχές καθότι μια σειρά θρεπτικών συστατικών παρουσιάζονται δύσπεπτες τόσο στη πέψη όσο και στην απορρόφηση τους (κυρίως λίπος και λακτόζη). Σε αυτό συμβάλλει η μη ολοκληρωμένη ανάπτυξη των αντανεκλαστικών του θηλασμού, της κατάποσης και του βήχα καθώς και η μικρή χωρητικότητα του στομάχου. Λόγω των παραπάνω, το νεογνό κινδυνεύει να εκδηλώσει νεκρωτική εντεροκολίτιδα, μια ισχαιμικού τύπου διαταραχή του εντέρου, με δευτεροπαθή μικροβιακή προσβολή που εντοπίζεται κυρίως σε πρόωρα με σωματικό βάρος μικρότερο των 1500 g. Η θεραπεία της συνίσταται σε φαρμακευτική αγωγή ή χειρουργική αποκατάσταση (Middleton, 2006).

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Μια από τις πιο γνωστές διαταραχές του αίματος είναι η αναιμία. Η παρουσία της οφείλεται είτε στο βραχύ χρόνο ζωής των ερυθροκυττάρων είτε στην μειωμένη παραγωγή τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να πυροδοτείται λόγω των επαναλαμβανομένων αιμοληψιών και της ταυτόχρονης ένδειξης του οργανισμού σε εξασθενημένο σίδηρο. Σπάνια, εκδηλώνεται σε πρόωρο νεογνό η αιμορραγική διάθεση, η οποία αιτιολογείται από την μειωμένη παραγωγή παραγόντων πήξης από το ανώριμο ήπαρ και χρήζει άμεσης παρέμβασης (κυρίως χορήγηση βιταμίνης K) (Middleton, 2006).

ΆΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Επιμέρους προβλήματα αποτελούν η αδυναμία του πρόωρου νεογνού για διατήρηση της σωματικής του θερμοκρασίας (οφείλεται στην ατελής λειτουργία των ομοιοστατικών μηχανισμών παραγωγής και αποβολής της θερμότητας), η ανάπτυξη οιδημάτων – μη επαρκούς ενυδάτωσης και η εκδήλωση οξέωσης λόγω της νεφρικής ανωριμότητας και τέλος

η προσβολή του νεογνού από λοιμογόνους παράγοντες λόγω του εξασθενημένου ανοσοποιητικού συστήματος (Middleton, 2006).

2.2 ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΙΔΙΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Η ανωριμότητα του αναπνευστικού συστήματος που συνοδεύει την πρόωριότητα ενός νεογνού αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για την εκδήλωση της ιδιοπαθούς αναπνευστικής δυσχέρειας. Συγκεκριμένα οι πνεύμονες αδυνατούν να αναπτύξουν την ουσία σουρφάκταν και δεν μπορεί να περάσει αέρας από τις κυψελίδες των πνευμόνων, καθώς αυτές είναι κλειστές. Αποτέλεσμα της παραπάνω διαταραχής είναι η αναπνευστική δυσκολία του νεογνού που εκδηλώνει συμπτώματα παρόμοια με αυτά της οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (Levene, 2006).

Σε περιπτώσεις εγκύων, όπου η παρακολούθηση της εγκύου προμηνύει πρόωρο τοκετό, ο γυναικολόγος ακολουθεί τις παρακάτω ενέργειες ώστε να προλάβει ή να μειώσει την εκδήλωση του ΣΑΔ:

- Συμβάλλει στην παραγωγή σουρφάκταν, χορηγώντας στην έγκυο κορτιζόνη.
- Με την παρέλευση του τοκετού, χορηγεί τεχνητό σουρφάκταν στο πρόωρο προκειμένου να λειτουργήσουν πιο ομαλά οι κυψελίδες των πνευμόνων.
- Υποστηρίζει την αναπνευστική ικανότητα του πρόωρου με λήψη οξυγόνου ενώ ενδέχεται να του εφαρμόσει μηχανικό αερισμό τεχνητής υποστήριξης της αναπνοής. Ο συνδυασμός χορήγησης τεχνητού σουρφάκταν με ταυτόχρονη χορήγηση οξυγόνου ελαχιστοποιεί κατά πολύ την εισαγωγή και παραμονή του πρόωρου νεογνού σε ΜΕΝΝ. (Levene, 2006).

ΑΠΝΟΙΑ

Με τον όρο άπνοια εκφράζεται η διακοπή της αναπνοής του πρόωρου για μερικά δευτερόλεπτα. Αυτό οδηγεί σε ελάττωση των καρδιακών σφύξεων και κυάνωση του δέρματος και των άκρων του νεογνού. Για να εκδηλωθεί άπνοια σημαίνει ότι το κεντρικό μέρος του εγκεφάλου που διαχειρίζεται τις αναπνευστικές κινήσεις δεν είναι σε θέση να λειτουργεί ομαλά (ανωριμότητα Κ.Ν.Σ.). Η θεραπεία αυτού του προβλήματος επιτυγχάνεται με την χορήγηση θεοφυλλίνης αφού πρώτα το νεογνό εισαχθεί στη ΜΕΝΝ για την παρακολούθηση της ηλεκτρονικής καταγραφής των ζωτικών ενδείξεων (Levene, 2006), (<https://www.onmed.gr>).

ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ

Παρουσιάζεται κυρίως σε νεογνά που έχουν τεθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα στην εφαρμογή του μηχανικού αερισμού. Έτσι, διακρίνεται σχέση εξάρτησης από το χορηγούμενο οξυγόνο και ευαισθησία σε λοιμώξεις (αυξάνουν σημαντικά τον αριθμό εμφάνισης λοιμώξεων και χαμηλού ανοσοποιητικού συστήματος). Εάν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα υπάρχει κίνδυνος εγκατάστασης πνευμονικής βλάβης (Levene, 2006), (<https://www.onmed.gr>).

ΙΚΤΕΡΟΣ

Εμφανίζεται κυρίως σε τελειόμηνα αλλά μπορεί να εκδηλωθεί και σε πρόωρα με μικρή διαφορά ηλικίας κύησης και πρόωρου τοκετού. Η φωτοθεραπεία είναι μέτρο αντιμετώπισης του ίκτερου τόσο για τα πρόωρα όσο και για τα τελειόμηνα (Levene, 2006), (<https://www.onmed.gr>).

ΑΝΑΙΜΙΑ

Για να εμφανίσει ένα νεογνό αναιμία, θα πρέπει να διαθέτει χαμηλό αριθμό αιμοσφαιρίνης στο αίμα. Κατά κύριο λόγο σε πρόωρα αιτιολογείται από την ελαττωμένη παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων ή από παράγοντες που μειώνουν την «επιβίωση» και κατά επέκταση την λειτουργία των ερυθρών αιμοσφαιρίων (τακτικές αιμοληψίες). Η πτώση της

αιμοσφαιρίνης κάτω από το επιτρεπτό όριο απαιτεί μετάγγιση αίματος στο πρόωρο (Levene, 2006), (<https://www.onmed.gr>).

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Η επιβίωση ενός πρόωρου νεογνού συμβαδίζει με την πρόληψη ή όχι των λοιμώξεων. Το ανοσοποιητικό σύστημα του νεογνού είναι ευαίσθητο και δεν μπορεί να ανταποκριθεί ενάντια σε μολύνσεις και λοιμογόνους παράγοντες. Η θερμοκοιτίδα και η εφαρμογή της άσηπτης τεχνικής σε κάθε ενέργεια που γίνεται στο πρόωρο είναι ορισμένες από τις κύριες προληπτικές αρχές που οφείλει να έχει ένας επαγγελματίας υγείας. Επιπλέον, οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τους τρόπους διαφύλαξης από τα μικρόβια και να τηρείται σωστά το επισκεπτήριο. Εάν υπάρξουν ενδείξεις λοίμωξης τότε χορηγείται το κατάλληλο αντιβιοτικό για την έγκαιρη αντιμετώπιση της διαταραχής (Benacerraf, 2009), (<https://www.onmed.gr>)

ΑΝΟΙΚΤΟΣ ΒΟΤΑΛΕΙΟΣ ΠΟΡΟΣ

Γνωρίζουμε ότι η κυκλοφορία του αίματος ξεκινά από την καρδιά και συνεχίζει στους πνεύμονες όπου οξυγονώνεται και ξανά επιστρέφει πίσω στην καρδιά με την μεταφορά οξυγονωμένου αίματος στα διάφορα όργανα. Όταν όμως το έμβryo ζει από την ενδομήτρια επικοινωνία του με την έγκυο, οι πνεύμονες δε λειτουργούν και η οξυγόνωση του αίματος επιτυγχάνεται από τον πλακούντα. Η λειτουργία λοιπόν του βοτάλειου πόρου είναι να εμποδίζει την μεταφορά του αίματος στους πνεύμονες και να το οδηγεί κατευθείαν στην αορτή, η οποία είναι το κεντρικό αγγείο που οδηγεί το αίμα προς τα διάφορα όργανα (Benacerraf, 2009).

Στα πρόωρα νεογνά παρουσιάζεται άνοιγμα αυτού του αγγείου λίγες ώρες αφότου γεννηθεί. Απόρροια αυτής της δυσλειτουργίας είναι η μεταφορά μεγάλης ποσότητας αίματος προς τους πνεύμονες και η εμφάνιση αναπνευστικής δυσκολίας αφού η φυσιολογία του αναπνευστικού συστήματος είναι ατελής. Σε βαριές περιπτώσεις παρατηρείται μέχρι και καρδιακή ανεπάρκεια. Για την αντιμετώπιση χορηγείται είτε ινδομεθακίνη είτε ακολουθεί χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να κλείσει το αγγείο (Benacerraf, 2009), (<https://www.onmed.gr>).

ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΩΡΩΝ

Η αιτιολογία της συγκεκριμένης βλάβης δεν έχει διευκρινιστεί μέχρι σήμερα. Αποτελεί όμως απόρροια της ανώμαλης ανάπτυξης των αγγείων μέσα στο μάτι. Πιστεύεται ότι αρνητικό ρόλο διαδραματίζει η συστηματική χορήγηση οξυγόνου στα πρόωρα. Με βάση τον βαθμό της οφθαλμικής βλάβης το νεογνό ενδέχεται να παρουσιάσει διαταραχές της όρασης (που να απαιτείται στο μέλλον διόρθωση με γυαλιά), μέχρι και πλήρη τύφλωση. Προληπτική αρχή θεωρείται ο οφθαλμολογικός έλεγχος σε όλα τα πρόωρα νεογνά κατά την νοσηλεία τους στην ΜΕΝΝ (Benacerraf, 2009), (<https://www.onmed.gr>).

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Τα πρόωρα δέχονται αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης εγκεφαλικής αιμορραγίας, που ο βαθμός βαρύτητας μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια προβλήματα. Ένα από τα σημαντικότερα συμπτώματα είναι η σπαστική παραπληγία, η οποία χειροτερεύει την υπάρχουσα αιμορραγία. Σε κρίσιμες καταστάσεις εμφανίζεται υδροκεφαλία, λόγω της αυξανόμενης τιμής της ενδοκράνιας πίεσης. Η νευρολογική αξιολόγηση και η εκτίμηση της ακοής και της όρασης αποτελούν αδιάσπαστο κομμάτι της παρακολούθησης του πρόωρου νεογνού. Στο μέλλον, ενδέχεται να χρειαστεί η εφαρμογή της λογοθεραπείας, της φυσιοθεραπείας ή της εργοθεραπείας (Benacerraf, 2009).

2.2.1 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Στην κατηγορία των μακροχρόνιων προβλημάτων περιλαμβάνονται διαταραχές που σχετίζονται με τις νευροαναπτυξιακές λειτουργίες, την αναπνευστική ικανότητα, την όραση και ακοή και τέλος την βραδύτητα της σωματικής εξέλιξης του νεογνού (Goetzman, 2002).

- ✓ ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ: οι πιο γνωστές δυσλειτουργίες προέρχονται από την εγκεφαλική παράλυση με συχνότερη τη σπαστική διπληγία, την ανάπτυξη υδροκεφαλίας, την διανοητική υστέρηση, την κώφωση και την τύφλωση. Η πρόγνωση θεωρείται κακή ιδίως για πρόωρα με σωματικό βάρος μικρότερο των 800 gr. (Goetzman, 2002).

- ✓ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ: η ακουστική ικανότητα πλήττεται σε σημαντικό βαθμό καθώς παρατηρείται αύξηση των δυσλειτουργιών ακοής στα πρόωρα νεογνά, με πιο εμφανής τη νευρογενή βαρηκοΐα. Η αιτιολογία εκδήλωσης αυτής της βλάβης στηρίζεται στην υπερχολερυθριναιμία (νεογνικός ίκτερος), την εμφάνιση υποξίας, την χορήγηση αμινογλυκοσιδών, την ανάπτυξη αιμορραγίας στο έσω ους και στον επιβαρυντικό θόρυβο από την λειτουργία της θερμοκοιτίδας (Goetzman, 2002).
- ✓ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ: τα προβλήματα που εμφανίζονται σε πρόωρα νεογνά και αφορούν την οπτική τους ευελιξία αποτελούν απόρροια της αμφιβληστροειδοπάθειας της προωρότητας, η οποία εκδηλώνει τα πρώτα της σημεία, σε πρόωρα με ηλικία κύησης που δεν ξεπερνά την 32^η εβδομάδα. Συμπληρωματικές αιτίες είναι η υπεροξαιμία, η λοίμωξη, η ασφυξία, η υποθερμία, η έλλειψη βιταμίνης E και η έκθεση στο φως (Goetzman, 2002).
- ✓ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ: τα νεογνά που έχουν γεννηθεί πρόωρα και παρουσιάζουν σωματικό βάρος μικρότερο των 1.500 Kg, στο μέλλον φαίνεται να αναπτύξουν μικρότερη σωματική διάπλαση (κυρίως μήκος σώματος και περίμετρος κεφαλής) σε σχέση με τα νεογνά που προήλθαν από φυσιολογική ηλικία κύησης (τελειόμηνα νεογνά) (Goetzman, 2002).
- ✓ ΚΟΣΜΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ: αποτελούν απόρροια από την χρήση και παρατεταμένη εφαρμογή των καθετήρων, έγχυσης ενδοφλέβιων διαλυμάτων και χειρουργικών παρεμβάσεων. Έχει αποδειχθεί ότι οι δυσμορφίες και η ανάπτυξη ουλών προδιαθέτουν μελλοντική δυσλειτουργία των αρθρώσεων (Goetzman, 2002).
- ✓ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ: οι πιο γνωστές σε συχνότητα εμφάνισης γαστρεντερικές διαταραχές είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και η δυσκοιλιότητα. Σε περιπτώσεις εκδήλωσης νεκρωτικής εντεροκολίτιδας, το πρόωρο νεογνό έρχεται αντιμέτωπο με τις επιπλοκές της νόσου (Goetzman, 2002).
- ✓ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ: διακρίνεται αύξηση των περιπτώσεων κρυπορχίας και βουβωνοκήλης σε πρόωρα από ότι σε τελειόμηνα (Goetzman, 2002).



Εικόνα 2.2. Το νεογνό στο μέλλον (Πηγή: <https://twitter.com>)

2.2.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ένας πρόωρος οργανισμός συνοδεύεται και από ένα σύνολο ανατομικών και λειτουργικών διαταραχών. Αυτό πυροδοτεί την εκδήλωση διαφόρων προβλημάτων, όπου ενδέχεται σε μια μη έγκαιρη ή αναποτελεσματική προσέγγιση να ακολουθήσει μια σειρά επιπλοκών. Στην συνέχεια πραγματοποιείται η καταγραφή των συχνότερων (Goetzman, 2002):

- Ανικανότητα θηλαστικών κινήσεων.
- Αδυναμία κατάποσης.
- Επαναλαμβανόμενες αναγωγές λόγω χαμηλής χωρητικότητας στομάχου.
- Νεφρική δυσλειτουργία.
- Μη ολοκληρωμένη ανάπτυξη των τριχοειδών των πνευμόνων.
- Πνευμονικές διαταραχές κυψελίδων.
- Μείωση των αντανακλαστικών κινήσεων του βήχα.
- Εξασθένηση των θωρακικών μυών κατά την αναπνευστική κίνηση.
- Διακυμάνσεις σωματικής θερμοκρασίας.
- Ηπατική δυσλειτουργία (Goetzman, 2002).

2.3 ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ (MENN)

Η Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) αποτελεί «κλειστού» τύπου μονάδα περίθαλψης και φροντίδας των νεογνών, ενός νοσοκομειακού ιδρύματος, στην οποία νοσηλεύονται κατά κύριο λόγο νεογνά υψηλού κινδύνου. Η εισαγωγή ενός νεογνού στη ΜENN συνεπάγεται τη προσβολή του οργανισμού από παθολογικό αίτιο ή την επείγουσα αντιμετώπιση κάποιας παθολογικής δυσλειτουργίας, που απειλεί άμεσα την υγεία του νεογνού.

Η ΜENN περιλαμβάνει εξειδικευμένο προσωπικό υγείας, καθώς και μηχανήματα/όργανα τελευταίας τεχνολογίας. Τα τελευταία χρόνια η νοσηλεία επικεντρώνεται σε νεογνά που έχουν προέλθει από πρόωρο τοκετό και χρήζουν ιδιαίτερης προσέγγισης. Η προωρότητα των νεογνών, που τα καθιστά οργανισμούς υψηλού κινδύνου, απευθύνεται σε κύηση μικρότερη των 37 εβδομάδων (Negri, 2001).

Τέτοιες νοσοκομειακές μονάδες εξασφαλίζουν τις απαραίτητες συνθήκες διαβίωσης των νεογνών, με σκοπό την ομαλή συνέχιση της ανάπτυξης τους. Η περίθαλψη του νεογνού υψηλού κινδύνου δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί από τη μητρική συμμετοχή διότι θεωρείται αναγκαία η λειτουργία των υποστηρικτικών μηχανημάτων παρακολούθησης και απεικόνισης του οργανισμού κατά την εξέλιξη του.

Πολλοί θεράποντες ιατροί καταφεύγουν σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο κατά το οποίο υπολογίζουν τη προωρότητα του νεογνού και με βάση τις ημέρες που γεννήθηκε νωρίτερα το νεογνό επιδιώκουν το αντίστοιχο χρονικό διάστημα νοσηλείας τους και στη ΜENN. Σε περιπτώσεις που το νεογνό γεννήθηκε στην αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού αλλά προσβλήθηκε στη πορεία από παθογόνο μικροοργανισμό, η εισαγωγή του στη ΜENN κρίνεται αναγκαία για την τακτική παρακολούθηση της λειτουργίας των ζωτικών οργάνων και για την πρόληψη ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων (Negri, 2001).

Μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με θέμα εστίασης την περιγεννητική περίθαλψη και την ακολουθία της ΜENN στη θεραπευτική αντιμετώπιση, υποστηρίζουν πως γίνεται ολοένα και πιο έντονο το φαινόμενο του πρόωρου τοκετού, το οποίο με τη σειρά του αυξάνει τα κρούσματα εντός της ΜENN (Negri, 2001).

2.3.1 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ MENN

Η λειτουργία της Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας των νεογνών διακλαδίζεται σε τρεις φάσεις, οι οποίες το 1970 αποφασίστηκαν από την επιτροπή που ασχολείται με θέματα περιγεννητικής υγείας των ΗΠΑ, ως μια αποδοτικότερη και ασφαλέστερη πρακτική για την ομαλή επιβίωση των νεογνών. Έτσι λοιπόν, σχεδιάστηκε ένα μοντέλο τριών σταδίων κατά το οποίο στο πρώτο φάση περιλαμβάνονται τα νεογνά ιδίως πρόωρου τοκετού, τα οποία όμως δεν παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο καθώς δεν εκδηλώνουν παθολογική «συμπεριφορά» από μικροοργανισμό. Κατά το δεύτερο στάδιο της πρακτικής λειτουργίας της MENN, νοσηλεύονται νεογνά που ο κίνδυνος κατά τη νοσηλεία τους χαρακτηρίζεται σε μέτριο βαθμό και η χρονική παραμονή τους εντός της νοσοκομειακής μονάδας δεν είναι πολύ μεγάλη. Επιπλέον, σε αυτό το στάδιο μπορούν να νοσηλεύονται και τα νεογνά που βρίσκονταν σε υψηλό κίνδυνο (στο τρίτο στάδιο) αλλά τα οποία ξεπέρασαν το πρόβλημα και νοσηλεύονται προληπτικά στη MENN. Τέλος, το τρίτο στάδιο απευθύνεται αποκλειστικά σε βαριές καταστάσεις νεογνών, που απειλείται άμεσα η ζωή τους. Συνηθέστερες αιτίες για νοσηλεία νεογνού σε αυτό το στάδιο είναι η εκδήλωση ανεπάρκειας του αναπνευστικού συστήματος, η εμφάνιση περιγεννητικής ασφυξίας και η πυροδότηση λοιμογόνου παράγοντα στον οργανισμό του νεογνού (Κώσταλος, 2008).

Σύμφωνα λοιπόν με τις προαναφερθείσες προϋποθέσεις, η Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών καταλαμβάνει τρεις θαλάμους, οι οποίοι περιγράφονται στη συνέχεια του κεφαλαίου:

- ❖ Θάλαμος εντατικής: Βασική προϋπόθεση εισαγωγής ενός νεογνού σε αυτό το θάλαμο είναι η πρόωρη κύηση, από την αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού και το σωματικό του βάρος, το οποίο δεν ξεπερνά τα 1500 gr. Σε αυτή τη κατηγορία νοσηλεύονται επιπλέον νεογνά, τα οποία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο διακοπής της επιβίωσης τους λόγω διαταραχών της αναπνευστικής τους λειτουργίας (με το ποιο σύνηθες πρόβλημα την αναπνευστική ανεπάρκεια και τη περιγεννητική ασφυξία). Ο θάλαμος της εντατικής συνήθως βρίσκεται δίπλα από τους χειρουργικούς χώρους τοκετών, με σκοπό την έγκαιρη μεταφορά του νεογνού στη MENN λόγω ταχείας απειλής. Η λειτουργία της ποιοτικής δράσης αυτού του θαλάμου στηρίζεται στην παροχή των απαραίτητων μηχανημάτων παρακολούθησης και απεικόνισης των ζωτικών οργάνων των νεογνών υψηλού κινδύνου, τα οποία

είναι τα μηχανήματα monitor, οι συσκευές αναπνευστήρων (που παρέχουν τη μηχανική υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας των νεογνών), συσκευές μετρήσεως της γλυκόζης στην αιματική κυκλοφορία του νεογνού, τα παλμικά οξύμετρα, οι συσκευές που εκπέμπουν τη Φωτοθεραπεία καθώς και τα λεγόμενα Χολερυθρινόμετρα (Κώσταλος, 2008).

- ❖ Ενδιάμεση νοσηλεία: Η ενδιάμεση νοσηλεία αποτελεί τον χώρο της MENN, στον οποίο νοσηλεύονται τα πρόωρα νεογνά, το σωματικό βάρος των οποίων κυμαίνεται μεταξύ 1500 και 2000 gr. Στο χώρο αυτό τα νεογνά υψηλού κινδύνου επιδέχονται ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη περίπου για χρονικό ημερήσιο διάστημα μεταξύ 6 και 12 ωρών. Το πρωτόκολλο καθορίζει πως ανά 4 νεογνά ισοδυναμεί η κάλυψη ενός νοσηλευτή (Κώσταλος, 2008).
- ❖ Θάλαμος προετοιμασίας εξόδου: Αυτός ο χώρος αποτελεί το τελευταίο στάδιο νοσηλείας ενός νεογνού, καθώς είναι το σημείο που αξιοποιείται για την αποχώρηση του νεογνού από τη νοσοκομειακή μονάδα. Βασική προϋπόθεση για το εξιτήριο του νεογνού είναι η τιμή του σωματικού του βάρους να είναι μεγαλύτερη των 2000 gr και να μην παρουσιάζουν κάποια άλλη παθολογική διαταραχή. Επιπλέον, η σίτιση του νεογνού δεν εμφανίζει κάποιο πρόβλημα, ώστε να απαιτείται η νοσηλευτική μέριμνα. Ο θάλαμος προετοιμασίας εξόδου προσφέρει τη δυνατότητα να γίνεται αποδεκτή η παροχή της μητρικής φροντίδας στο νεογνό και μάλιστα η μητέρα εκπαιδεύεται ή ενημερώνεται για τη σωστή και αποτελεσματική διαδικασία εφαρμογής του θηλασμού (Κώσταλος, 2008).



Εικόνα 2.1 MENN Πηγή: (<https://www.mitera.gr>)

2.3.2 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ – ΕΝΑΣ «ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ» ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΤΙΣ MENN

Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της Δημόσιας Υγείας και κατά επέκταση των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας των Νεογνών, είναι η προσβολή ενός νεογνού από ενδονοσοκομειακό λοιμογόνο

παράγοντα, οι λεγόμενες ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Συνήθως τα νεογνά υψηλού κινδύνου εμφανίζουν λοιμώξεις, προερχόμενες είτε από κάποιο μικρόβιο που εντοπίζεται στο χώρο της MENN είτε από τη μικροβιακή χλωρίδα της μητέρας (Μπούρας, 2011).

Υψίστης σημασίας για το ιατρικό προσωπικό θεωρούνται οι λοιμώξεις που εκδηλώνονται στα νεογνά περίπου την 3^η με 5^η ημέρα μετά το τοκετό, καθώς οι λοιμογόνοι παράγοντες που τις πυροδότησαν συσχετίζονται με αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας και μεγιστοποίηση του κινδύνου για εκδήλωση εγκεφαλικής αιμορραγίας και μακροχρόνιας μηχανικής αναπνευστικής υποστήριξης. Μάλιστα, οι λοιμώξεις αυτές ευθύνονται σε σημαντικό βαθμό για την ανάπτυξη εγκεφαλικών διαταραχών και την εκδήλωση νευροαναπτυξιακών προβλημάτων, όταν το νεογνό θα διανύει το βρεφικό ή παιδικό στάδιο της ηλικίας του (Μπούρας, 2011).

Σήμερα, τα ερευνητικά αποτελέσματα υποστηρίζουν πως διακρίνεται διαφορά της συχνότητας ανάπτυξης λοιμώξεων στις MENN και μάλιστα σε ποσοστό που απευθύνεται από 7 έως 24% διαφορά συχνότητας. Κύριος παράγοντας αυτής της «δυσμορφίας» των τιμών θεωρείται η δυσαναλογία των αιτιολογικών παραμέτρων. Σύμφωνα, με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, αναφέρεται ότι ένας από τους πιο σημαντικούς αιτιολογικούς παράγοντες είναι το χαμηλό σωματικό βάρος που φέρει το νεογνό, λόγω της μη αναμενόμενης κήσης. Όπως εκφράζεται η έρευνα αριθμητικά, φαίνεται ότι το 21 % των νεογνών με σωματικό βάρος μικρότερο των 1500 gr. και ιδιαίτερα με τιμές βάρους που μπορεί να έφταναν και τα 750 gr. εκδήλωσαν στη πορεία της νοσηλείας τους σηψαιμία. Έτσι λοιπόν, ένα νεογνό υψηλού κινδύνου απειλείται σε μεγαλύτερο βαθμό για εμφάνιση λοιμώξεων καθώς παρουσιάζει ασθενέστερους αμυντικούς μηχανισμούς (Μπούρας, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΟΛΥΠΛΟΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΗΣ ΣΤΗ ΜΕΝΝ

3.1 Η ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΜΕΝΝ

Η οικογένεια ενός νεογνού που νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας, όπου η έννοια της εστιάζεται κατά βάση στη παρουσία των γονέων, διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην ολιστική περίθαλψη του νεογνού. Η ενημέρωση των γονέων από το ιατρικό προσωπικό, ότι το νεογνό εισήλθε στη ΜΕΝΝ, αποτελεί ένα γεγονός που παράγει αρνητικά συναισθήματα, όπως φόβο και απορία λόγω άγνοιας κινδύνων υγείας του νεογνού. Τα συναισθήματα αγωνίας και η συνύπαρξη τους σε ένα «ξένο» περιβάλλον, όπως είναι μια νοσοκομειακή μονάδα, τους θέτει σε μια κατάσταση που τους κάνει πιο ευάλωτους ή ακόμη και επιθετικούς πολλές φορές με το προσωπικό υγείας, ιδίως όταν βλέπουν το νεογνό να υποστηρίζεται μηχανικά για την επιβίωση του (Edenhofer, 2010).

Επιβαρυντικός παράγοντας για την ομαλότητα της ψυχοσύνθεσής των γονέων αποτελεί και η ύπαρξη του επισκεπτηρίου. Για να λειτουργεί με το σωστό τρόπο μια μονάδα νοσοκομειακού ιδρύματος, απαιτείται το συγγενικό περιβάλλον να ακολουθεί πιστά τις ώρες επισκεπτηρίου και να τηρεί τους κανόνες του για αποφυγή περαιτέρω προβλημάτων (όπως μη διατάραξη της κοινής ησυχίας και πρόληψη ιώσεων ή διασποράς μικροβίων). Οι γονείς που το νεογνό τους νοσηλεύεται στη ΜΕΝΝ, συνήθως αντιμετωπίζουν συναισθηματικές δυσχέρειες, καθώς νοιώθουν την ανάγκη να βρίσκονται πολλές ώρες δίπλα στο νεογνό, γεγονός που εμποδίζεται από το ωράριο του επισκεπτηρίου. Μάλιστα οι Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, για το λόγο ότι είναι «κλειστού» τύπου μονάδες, θεωρούνται ακόμη πιο μη προσβάσιμοι χώροι για την οικογένεια και δεν μπορούν να εισέρχονται οποιαδήποτε ώρα, πέραν του καθορισμένου ωραρίου (Edenhofer, 2010).

Η οικογένεια του νεογνού έρχεται αντιμέτωπη με πολυάριθμους άτυπους κανόνες, καθώς η παροχή φροντίδας στο νεογνό ακόμη και τις ώρες επισκεπτηρίου, προϋποθέτει κάποιες ευνοϊκές για τους γονείς συνθήκες, όπως η απουσία άμεσου κινδύνου υγείας του νεογνού (που θα απαιτήσει την έγκαιρη παρέμβαση του θεραπευτικού προσωπικού) ή η μη αναγκαία εκείνη τη στιγμή εφαρμογή μιας νοσηλευτικής πράξης (π.χ. φλεβοκέντηση ή αναρρόφηση

βρογχικών εκκρίσεων). Σε αυτή τη φάση σημαντικό ρόλο, διαδραματίζει και η ορθή τήρηση των κανόνων εξίσου και από το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό. Πολλές φορές παρατηρείται ότι η ίδια η στάση και η συμπεριφορά των νοσηλευτών, είναι η αιτία για πυροδότηση προβλημάτων. Το πιο σύνηθες παράδειγμα είναι η αναγνώριση συμπεριφορών του νοσηλευτικού προσωπικού, όπου ορισμένοι νοσηλευτές απαιτούν ρητά την αυστηρή τήρηση της διάρκειας του επισκεπτηρίου ή του μέτρου παροχής φροντίδας του νεογνού από την οικογένεια, σε αντίθεση με άλλους νοσηλευτές που διαθέτουν μια πιο ελαστική συμπεριφορά απέναντι στα συγγενικά πρόσωπα, γεγονός που μπερδεύει ή εξοργίζει την οικογένεια, δημιουργώντας εντάσεις στο χώρο της MENN (Edenhofer, 2010).

Η δράση της οικογένειας στη MENN, από την διερεύνηση της νομικής διάστασης, συσχετίζεται και με τα περιθώρια που επιτρέπουν οι κανονισμοί των «Δικαιωμάτων του ασθενούς». Σύμφωνα με το νόμο 3418/2005, άρθ. 4, 8 επ. και τον ν. 2017/1992, η περίθαλψη που παρέχεται από το προσωπικό υγείας οφείλει να στηρίζεται πρώτα στο δικαίωμα της αξιοπρέπειας του ασθενούς – νεογνού. Το νόημα αυτής της διάταξης περιλαμβάνει επιπλέον τη διευκόλυνση των γονέων, από τους εργαζόμενους του νοσοκομείου, όπως το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό (ως τα πρόσωπα που αντιπροσωπεύουν και αποφασίζουν τη δεδομένη στιγμή για το νεογνό), σε θέματα συνθηκών διαμονής, κατάλληλης συμπεριφοράς και ενημέρωσης αλλά και διευκόλυνσης σε προβλήματα διοικητικού και γραφειοκρατικού χαρακτήρα (Edenhofer, 2010).

Το πρωτόκολλο που ακολουθεί μια Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, στηρίζεται στην αρχή ότι η δράση της οικογένειας κατά μια έννοια μπορεί να είναι θεραπευτική για το νεογνό, ωστόσο η επικινδυνότητα που φέρει η φύση της μονάδας πρέπει να παρεμποδίζει τη παροχή περίθαλψης του νεογνού από τους γονείς, πέραν των ωρών του επισκεπτηρίου. Επιπλέον, εάν το ιατρικό προσωπικό διακρίνει ειδικές καταστάσεις, τότε και μόνο μπορεί να προσφέρεται άτυπα η συνδρομή της οικογενειακής μέριμνας (Edenhofer, 2010).

3.2 Η ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΤΗ ΜΕΝΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η δυνατότητα ανάπτυξης και ομαλής εξέλιξης ενός νεογνού υψηλού κινδύνου, απαιτεί την παρέμβαση της ιατρικής και νοσηλευτικής πράξης, με την παράλληλη συμπλήρωση των λειτουργιών των υποστηρικτικών μηχανημάτων της ΜΕΝΝ. Η λειτουργία τέτοιων μονάδων εστιάζει στις απαιτήσεις που οφείλει να παρέχει στο νεογνό, αναλογιζόμενη τον αναγκαίο περιορισμό της μητρικής και πατρικής μέριμνας (Μπούρας, 2011).

Η ανάπτυξη της εγκεφαλικής λειτουργίας του νεογνού, που έχει γεννηθεί πριν την αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού, πραγματοποιείται με ταχύτατους ρυθμούς και προάγει σε μεγαλύτερο βαθμό τη δημιουργία νέων νευρωνικών συνδέσεων. Για να επιτευχθεί βέβαια η παραπάνω εγκεφαλική ανάπτυξη απαιτεί την πρόληψη μικροβιακών παραγόντων ή την πυροδότηση επιπλοκών από παθολογικές διαταραχές που εμφανίζει το νεογνό. Μια σωστή παροχή αναπτυξιακής περίθαλψης και θεραπευτικής προσέγγισης του νεογνού, αποτελεί τη βάση για την αποδοτικότερη ανάπτυξη του νευρικού συστήματος (Μπούρας, 2011).

Η ομαλή λειτουργία των νευρικών συνδέσεων της εγκεφαλικής λειτουργίας θα σηματοδοτήσει και τη φυσιολογική παραγωγή συναισθημάτων του νεογνού, που θα συντελέσουν στη προαγωγή του συναισθηματικού δεσμού με την οικογένεια του. Οι γονείς του νεογνού, πολλές φορές παράγουν ανασφαλείς ερωτήσεις περί πρώιμου ή μελλοντικού ή ακόμη και καθυστερημένου χρονικά συναισθηματικού δεσμού. Αναρωτιούνται εάν καταφέρουν να είναι συναισθηματικά «δεμένοι» με το νεογνό στη πορεία της ζωής του, βασιζόμενοι στο γεγονός ότι δεν μπορούν να του προσφέρουν οι ίδιοι εξ αρχής την απαραίτητη φροντίδα που χρίζει το παιδί τους. Σε θέματα που επικεντρώνονται στο πρώιμο δεσμό της οικογένειας με το νεογνό, θα πρέπει να συμβάλλει και η συμμετοχή των ψυχολόγων και παιδοψυχολόγων, ως αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής κάλυψης του νεογνού. Αυτή η κατηγορία του ιατρικού κλάδου θα επισημάνει την ανάγκη εμπιστοσύνης των γονέων απέναντι σε όλο το προσωπικό που έχει αναλάβει τη θεραπεία του νεογνού και θα στοχεύσει στην ενημέρωση της οικογένειας για τις πρακτικές που θα συντελέσουν στην ενίσχυση του συναισθηματικού δεσμού και σε μεθόδους διαχείρισης και εξάλειψης αυτού του τραυματικού γεγονότος στη ζωή τους (Μπούρας, 2011).

3.3 ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ «ΠΡΟΦΙΛ» ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η εισαγωγή ενός νεογνού υψηλού κινδύνου στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας και η μακροχρόνια νοσηλεία του αποτελούν ένα τραυματικό γεγονός για την οικογένεια. Η γέννηση του νεογνού, η οποία δεν ήταν στο αναμενόμενο χρονικό διάστημα είναι κάτι αναπάντεχο για τους γονείς και συσχετίζεται με την αρχή μιας διαταραγμένης σχέσης μεταξύ της μητέρας και του νεογνού. Συνήθως η μητέρα, περισσότερο από τον πατέρα, καταβάλλεται από αρνητικά αισθήματα, όπως στρες, φόβο, αγωνία και στεναχώρια. Η οικογένεια αρχίζει να διανύει ένα φαύλο κύκλο με καθημερινά ερωτήματα που αφορούν αν καταφέρει να ζήσει το νεογνό ή τι άλλο απρόοπτο μπορεί να συμβεί στην υγεία του. Προσπαθούν να εξοικειωθούν με το γεγονός ότι το νεογνό βρίσκεται σε κίνδυνο και κυρίως μακριά από το σπίτι του και τη φροντίδα των γονιών (Μπούρας, 2011).

Η αποδοχή του γεγονότος πως το νεογνό νοσηλεύεται σε μια νοσοκομειακή μονάδα επηρεάζεται και από το μη «φιλικό» περιβάλλον της ΜΕΝΝ. Η Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας δεν προσφέρει συναισθηματική ενδυνάμωση στους γονείς καθώς είναι ένας χώρος εδραιωμένος από μηχανήματα και συσκευές και η εφαρμογή του ωραρίου ενισχύει τον φόβο του αποχωρισμού από το νεογνό. Διακρίνεται πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων που αναφέρει η οικογένεια ότι βίωσε αφότου ήρθαν σε επαφή με έναν τέτοιο νοσοκομειακό χώρο (Μπούρας, 2011).



Εικόνα 1.3 Μητρικός δεσμός (Πηγή: <https://www.babble.com>)

Η παραγωγή αρνητικών συναισθημάτων έγκειται και στην επίδραση που ασκείται στη σκέψη τους από τα πράγματα που αντιμετωπίζουν και βλέπουν, τα οποία είναι διαφορετικά στη πραγματικότητα από ό, τι τα φαντάζονταν υποθετικά στο μυαλό τους. Ανάλογα με το επίπεδο επικινδυνότητας του νεογνού, μπορεί να το δουν με καθετήρες ή μηχανήματα αναπνευστικής υποστήριξης, με ηλεκτρόδια τοποθετημένα στο θώρακα του, με φλεβοκαθετήρες είτε κεντρικής είτε περιφερικής γραμμής (για τη χορήγηση ενδοφλέβιων φαρμάκων ή τη σίτιση του νεογνού), ακόμη και οι ήχοι που παράγονται από τα μηχανήματα στο δικό τους τρόπο σκέψης αντιλαμβάνονται ως ανησυχητικοί ήχοι (για παράδειγμα οι ήχοι κατά τη λειτουργία του monitor) (Μπούρας, 2011).

Η παραπάνω εικόνα, όταν βιώνεται από την οικογένεια σε καθημερινή βάση επί μεγάλο χρονικό διάστημα, αυξάνει το αίσθημα του φόβου και της αγωνίας και προκαλεί ισχυρή ψυχοσυναισθηματική ανισορροπία. Η μητέρα πολλές φορές εκδηλώνει ανασφάλειες για το τι είδους συναισθηματικό δέσιμο θα παραχθεί με το νεογνό και πως θα ανταπεξέλθει στο αίσθημα μητρότητας. Η διατάραξη της συναισθηματικής τους κατάστασης εμπλέκεται σε σημαντικό βαθμό και με το επίπεδο προσδοκιών που είχαν δημιουργήσει οι γονείς για το πώς θα μεγάλωναν το παιδί τους, ως υγιής οργανισμός και όχι ως ασθενής. Οι επιθυμίες που σχεδίαζαν για τον ερχομό του νεογνού στον αναμενόμενο χρόνο έρχονται σε σύγκρουση με τη πραγματικότητα, κατά την οποία έχουν αποκτήσει ένα νεογνό το οποίο η υγεία του παλεύεται να αποκτηθεί μέρα με τη μέρα (Μπούρας, 2011).

Ο φόβος και ο θυμός είναι δυο συναισθήματα που για μεγάλο χρονικό διάστημα αναγνωρίζονται επανειλημμένα στη συμπεριφορά των γονιών. Αρχικά ο φόβος ότι έχουν την υποχρέωση να συμφιλιωθούν με το γεγονός της νοσηλείας του νεογνού και την ύπαρξη μιας παθολογικής διαταραχής του οργανισμού του και κατά επέκταση ο φόβος για την ομαλή ή όχι ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή. Λόγοι που ενισχύουν την μη αποβολή αυτών των δύο συναισθημάτων είναι οι σκέψεις των γονιών για το πώς θα θεωρηθεί η νοσηλεία του νεογνού από τα γνωστικά και συγγενικά πρόσωπα ή η άσκηση επικριτικών σχολίων για το αν είχαν με κάποιο τρόπο μερίδιο ευθύνης και οι ίδιοι για τον πρόωρο τοκετό ή την αιτία της πάθησης που παρουσιάζει το νεογνό. Δεν είναι λίγες οι φορές που ο φόβος και ο θυμός παράγουν μετέπειτα το αίσθημα της ενοχής, που συμβάλλει δραματικά στη περαιτέρω ψυχική μετάπτωση της οικογένειας (Μπούρας, 2011).

3.4 Η ΠΥΡΟΔΟΤΗΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η μη αναμενομένη γέννηση ενός νεογνού, η εκδήλωση μιας νόσου στη πορεία της ανάπτυξης του, η εισαγωγή και νοσηλεία του στη ΜΕΝΝ ή ο κίνδυνος για πιθανή κατάληξη του νεογνού αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες για πυροδότηση ψυχικών διαταραχών. Η καθημερινή «επαφή» της οικογένειας με το άγχος, την αγωνία ή την συνεχή απογοήτευση, δημιουργούν ένα κλίμα μελαγχολίας και απελπισίας. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η μητέρα δε διανύει και τη περίοδο λοχείας, όπου προσαρμόζεται και το σώμα της πέραν της ψυχής στις νέες αλλαγές, αναμένεται πολλές φορές να «εκφράσει» χειρότερη συναισθηματική εικόνα από τον πατέρα. Το ορμονικό σύστημα της μητέρας αρχίζει να μεταβάλλεται και επιδρά και αυτό με τη σειρά του αρνητικά στην εμφάνιση ή όχι επιλόχειας κατάθλιψης (Μπούρας, 2011).

Συνήθως, η μητέρα απειλείται από εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής κατά τη λοχεία και ο πατέρας από εγκατάσταση αγχώδους συμπεριφοράς και εκρήξεις θυμού. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις ακόμη και μετά τη λήξη της νοσηλείας του νεογνού, απαιτείται μεγάλος χρόνος και προσπάθεια έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί η ψυχική ανισορροπία της οικογένειας (Goetzman, 2002).

Η συμμετοχή του ψυχολόγου, ψυχοθεραπευτή ή ακόμη και ψυχιάτρου κρίνεται αναγκαία, καθώς θα πρέπει να αναγνωρισθεί το πρόβλημα και να αντιμετωπιστεί. Η διαχείριση κυρίως του στρες και του φόβου αποτελούν τα σημαντικότερα σημεία εστίασης της οικογένειας. Θα πρέπει με κάποιο τρόπο να αναγνωρίσουν τη κατάσταση που τους προκαλεί μεγάλη ψυχική πίεση και αυτό συνήθως επιτυγχάνεται μέσω (Goetzman, 2002):

- Της συνεχόμενης προσπάθειας που καταβάλλει η οικογένεια να προσαρμοστεί στην ιδέα νοσηλείας και επικινδυνότητας της κατάστασης γενικότερα.
- Της αποτροπής αδιάκοπων αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων.
- Της προαγωγής μιας θετικής ψυχικής ισορροπίας και καλής «αυτοεικόνας», που θα ενισχύσει επιπλέον και τη συνεργασία της οικογένειας με το προσωπικό του νοσοκομείου (Μπούρας, 2011).

Οι παραπάνω κατευθυντήριες γραμμές συμβάλλουν στην ομαλή επίδραση που έχει το άγχος στην υγεία της οικογένειας, η οποία είναι ψυχική – πνευματική και σωματική. Η εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής σε κάποιο οικογενειακό πρόσωπο δεν αποτελεί ένα σπάνιο φαινόμενο για τους ψυχολόγους, ειδικά σε περιπτώσεις που οι γονείς υποχρεούνται να συμβιβαστούν με μια συνεχόμενα απρόβλεπτη κατάσταση. Η επίδραση μιας καθημερινής μελαγχολικής εικόνας, όπως είναι το θέαμα του νεογνού άρρωστο και η ανάγκη προσαρμογής στην ιδέα ίσως του θανάτου του νεογνού αποτελούν τραυματικά ερεθίσματα στη ψυχοσύνθεση των γονέων (Μπούρας, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ/ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΝΕΟΓΝΑ ΣΤΗ ΜΕΝΝ

Η οικογένεια που περιμένει τον ερχομό ενός παιδιού, βιώνει πρωτόγνωρα συναισθήματα καθώς σχεδιάζει και ονειρεύεται τη ζωή με ένα νεογνό υγιές, που θα μεγαλώνει και θα ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των οικογενειακών μελών. Όταν τα γεγονότα αλλάζουν και η κύηση δεν παίρνει την «κατεύθυνση» που περίμεναν και έρχονται αντιμέτωποι με θέματα προωρότητας και εκδήλωση παθολογικών δυσλειτουργιών, τότε ο ψυχικός τους κόσμος μετατρέπεται σε ένα αρνητικό πεδίο, που περιλαμβάνει αρνητικές σκέψεις και μη παραγωγικά συναισθήματα. Η ματαιοδοξία και η απογοήτευση γίνεται μέρος της καθημερινότητας τους και πολλές φορές προετοιμάζονται ακόμη και για κατάσταση πένθους (Μπούρας, 2011).

Σήμερα, οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν πως στα πλαίσια της μέριμνας και της προετοιμασίας του νεογνού, θα πρέπει να ενταχθεί και η προετοιμασία της οικογένειας, ανεξαρτήτως του επιπέδου υγείας που παρουσιάζει το νεογνό. Ειδικότητες πέραν του ψυχολογικού και ψυχιατρικού κλάδου, όπως το ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό και οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να παρέχουν υπηρεσίες, υποστηρικτικού/ συμβουλευτικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα. Οι γονείς που προετοιμάζονται από τα αρχικά στάδια της κύησης για συμπεριφορές και μηχανισμούς άμυνας σε θέματα που σχετίζονται με διαταραχές της κύησης, μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα μια κατάσταση που το νεογνό χαρακτηρίζεται ότι διανύει περίοδο υψηλού κινδύνου επιβίωσης (Μπούρας, 2011).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να βρίσκεται σε μια συνεχή επαγρύπνηση για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το ζευγάρι ή τα μεγαλύτερα αδέρφια του νεογνού και να προσφέρει πληροφορίες που θα ομαλοποιούν τις ψυχικές διακυμάνσεις της οικογένειας. Οφείλει να γνωρίζει και να παράγει διάλογο με τη μητέρα, που η θέση της παρουσιάζεται πιο αδύναμη στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας του ίδιου της του νεογνού, προωθώντας μηχανισμούς και πρακτικές εύκολης προσαρμογής στον μητρικό ρόλο και αποδοχής της

εκάστοτε κατάστασης υγείας του παιδιού της. Η μητέρα, επιφορτίζεται συναισθηματικά με πιο έντονο ρυθμό, καθώς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και η σταθεροποίηση του ορμονικού συστήματος μετά τη κύηση (Μπούρας, 2011).

Επιπλέον, βιβλιογραφικές παραπομπές υποστηρίζουν πως σε ποσοστό που πλησιάζει 90%, ιδίως σε δυτικές χώρες του κόσμου, οι μητέρες εκδηλώνουν καθημερινά συναισθηματικές διακυμάνσεις, που από τα γέλια και τα χαμόγελα μεταπίπτουν σε κλάματα και ξεσπάσματα θυμού. Λαμβάνοντας υπόψη μια τέτοια συμπεριφορά μητέρας, που πλήττεται από διαφορετικά συναισθήματα λόγω της περιόδου λοχείας που διανύει, ο νοσηλευτής εκτός της συμβουλευτικής του δράσης, οφείλει να αναγνωρίζει και σημεία που υποδηλώνουν κατάθλιψη λοχείας ή κοινωνικής απόσυρσης/απομόνωσης της μητέρας (Μπούρας, 2011).

Σε περιπτώσεις που η νοσηλεία απαιτείται να πραγματοποιηθεί εντός της ΜΕΝΝ, τότε η συμπεριφορά και των δύο γονιών δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο. Το νοσηλευτικό προσωπικό ορισμένες φορές έρχεται αντιμέτωπο με διαταραγμένες συμπεριφορές της μητέρας προς το νεογνό, καθώς δεν προάγεται υπό φυσιολογικές συνθήκες το συναισθηματικό «δέσιμο» αυτών των δύο προσώπων. Οι νοσηλευτές σε τέτοια περιστατικά έχουν τον ρόλο του διαμεσολαβητή, που μαθαίνουν στις νέες μητέρες τρόπους προσέγγισης του νεογνού - ακόμη και εντός της ΜΕΝΝ - όπως το χάιδεμα στη κοιλιά που προσφέρει καθησυχασμό στο νεογνό, η σίτισή του όταν το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του ή κινήσεις μασάζ στο σώμα του, που ενισχύουν το συναίσθημα της φροντίδας και της συμμετοχής στο θεραπευτικό πλάνο από τη πλευρά της οικογένειας. Η ύπαρξη γονεϊκών καθηκόντων στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας πάντα με τις κατάλληλες συνθήκες και προϋποθέσεις, ακόμη και στον ελάχιστο δυνατό βαθμό, προσφέρουν ποιοτικότερα αποτελέσματα στην συναισθηματική και ψυχική υγεία της οικογένειας (Μπούρας, 2011).

4.2 Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΕΣΜΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ

Η επιστημονική κοινότητα εστιάζει κυρίως στη συναισθηματική επαφή της μητέρας με το νεογνό, τον λεγόμενο «μητρικό δεσμό» καθώς αυτή η σχέση πλήττεται περισσότερο και έχει εντονότερες συνέπειες στην εξέλιξη της μετέπειτα υγείας του νεογνού, όταν δηλαδή αποσυρθεί από τη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας. Ο μητρικός δεσμός είναι η συναισθηματική και ψυχική επικοινωνία μητέρας και νεογνού, μέσω πολυάριθμων αλληλεπιδράσεων, που στοχεύει στην εξασφάλιση παροχής ασφάλειας και σωστής



Εικόνα 1.4 Πρόωρο νεογνό που γελάει (Πηγή: <https://fanpage.gr>)

ανατροφής ενός παιδιού. Αυτή η αλληλεπίδραση της σχέσης με τη σειρά της προσφέρει και την ευεξία και ψυχική ευημερία ολόκληρης της οικογένειας (Καλοφυσούδης, 2000).

Ερευνητικά αποτελέσματα αναδεικνύουν την αναγκαιότητα άμεσης επαφής μητέρας – νεογνού καθώς ενισχύεται η σχέση οικογένειας και νεογνού σε γρηγορότερο και αποτελεσματικότερο βαθμό. Η επαφή των οικογενειακών μελών με το νεογνό - ιδίως της μητέρας - σε πρώιμο στάδιο, όπως και η συνέχιση της επαφής σε παρατεταμένη μορφή, προδιαθέτουν σημαντικά στοιχεία που αποδεικνύουν το πώς θα φερθεί η μητέρα και ο πατέρας στο νεογνό μετά το πέρας της νοσηλείας του (Καλοφυσούδης, 2000).

Ο νοσηλευτής λαμβάνοντας υπόψη τις ευεργετικές επιδράσεις της άμεσης επαφής οικογένειας – νεογνού και τους περιορισμούς που λαμβάνει ο οικογενειακός κύκλος από το θεραπευτικό πλάνο του νεογνού (νοσηλεία στη MENN, νοσηρότητα νεογνού, υψηλός κίνδυνος κατάληξης νεογνού, αυστηρό ωράριο επισκεπτηρίου κ.ά.) θα πρέπει να αναγνωρίζει τον έντονο κίνδυνο εκδήλωσης διαταραγμένης συμπεριφοράς κυρίως της μητέρας απέναντι στο νεογνό, όπως και τη πιθανότητα παραμέλησης/κακοποίησης ή ακόμη και κατάληξης του νεογνού από μη φυσικές αιτίες. Οι νοσηλευτικές του πράξεις θα πρέπει να είναι προληπτικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα.

Στη συνέχεια του κεφαλαίου, πραγματοποιείται καταγραφή των κυριότερων νοσηλευτικών αρχών, που στόχο έχουν την ανάπτυξη των συναισθηματικών δεσμών μεταξύ οικογένειας και νεογνού (Καλοφυσούδης, 2000):

- ✓ Ανάπτυξη ενός πλάνου μετά την επιβεβαίωση της κήσεως, που θα περιλαμβάνει ενημέρωση για τις ακόλουθες εξετάσεις, τις αλλαγές του σώματος που επιφέρει η κύηση στη μητέρα και την στάση που θα ακολουθήσει το ζευγάρι στις απρόσμενες καταστάσεις που μπορεί να σηματοδοτήσουν πρόωρο τοκετό. Σκοπός αυτής της ενημέρωσης είναι η ψυχική προετοιμασία της οικογένειας στη παρουσία

οποιοδήποτε κινδύνου ακολουθεί μια κύηση ή ένας τοκετός. Σε αυτή τη περίπτωση ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη εάν η κύηση είναι αποδεκτή και από τους δυο γονείς ή αποτελεί απρόσμενη και ανεπιθύμητη κύηση είτε και από τους δύο γονείς είτε από τον έναν, ώστε να σχεδιάσει μια κοινή γραμμή επικοινωνίας, διαλόγου και επίλυσης προβλημάτων (Καλοφυσούδης, 2000).

- ✓ Αποδοχή της εκάστοτε κατάστασης του εμβρύου και στη συνέχεια του νεογνού (ο νοσηλευτής σε τέτοιες καταστάσεις προσπαθεί να δημιουργήσει μια εικόνα ότι η υγεία του εμβρύου ή νεογνού μπορεί να μεταβάλλεται όπως γίνεται σε κάθε ανθρώπινο ον, προσπαθώντας να μετριάσει προσδοκίες που στη συνέχεια δεν θα είναι σε θέση να πραγματοποιηθούν) (Καλοφυσούδης, 2000).
- ✓ Ολιστική ενημέρωση επί της προωρότητας ως φαινόμενο και όχι ως ο μελλοντικός κίνδυνος του νεογνού και κατά επέκταση της ίδιας της οικογένειας (Καλοφυσούδης, 2000).
- ✓ Μετά τη γέννηση του εμβρύου, το νοσηλευτικό προσωπικό ακολουθώντας τις ιατρικές κατευθυντήριες γραμμές, οφείλει να ενημερώσει την οικογένεια για τον τρόπο που θα διεξαχθεί η φροντίδα του νεογνού και ανάλογα με τη κατάσταση της υγείας του να στοχεύει στην ενίσχυση της επαφής μεταξύ οικογένειας – νεογνού (βλεμματική επαφή, φροντίδα μωρού από τη μητέρα, εφαρμογή μητρικού θηλασμού, αποτροπή άσκοπου πολύωρου αποχωρισμού μητέρας με νεογνό) (Καλοφυσούδης, 2000).
- ✓ Εάν η νοσηλεία του νεογνού είναι μακροχρόνια και το κόστος φροντίδας δεν ανταποκρίνεται στην οικονομική θέση της οικογένειας, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να συμπαραστέκεται και να διευκρινίζει την αξία του συναισθηματικού δεσμού με το νεογνό, παρά τις όποιες οικονομικές αντιξοότητες (Καλοφυσούδης, 2000).
- ✓ Σε περιπτώσεις που το νεογνό νοσηλεύεται για μεγάλο χρονικό διάστημα στη ΜΕΝΝ και οι κανόνες επισκεπτηρίου ή η κατάσταση υγείας του νεογνού δεν επιτρέπει τη συνεχή επαφή οικογένειας – νεογνού, ο νοσηλευτής οφείλει να διαχειρίζεται συμπεριφορές θυμού, αγωνίας και ανασφαλειών - ιδίως της μητέρας - απέναντι στο προσωπικό και να διασφαλίζει αισθήματα εμπιστοσύνης και οικειότητας για τη προώθηση ανοικτού διαλόγου (Καλοφυσούδης, 2000).

4.3 Ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΠΛΑΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Τα νεογνά υψηλού κινδύνου παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες μακροχρόνιας νοσηλείας, εκδήλωσης υποτροπών προηγούμενων θεραπευτικών νοσημάτων, ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων που επιβαρύνουν την ήδη υπάρχουσα κατάσταση κινδύνου, ακόμη και διακοπής της επιβίωσης τους. Η οικογένεια επειδή έρχεται αντιμέτωπη με ένα άγνωστο φάσμα θεραπείας, που περιλαμβάνει αρνητικές σκέψεις/συναίσθημα, μη προσιτό νοσοκομειακό περιβάλλον, μηχανήματα και συσκευές που έρχονται σε επαφή με το σώμα του νεογνού, πρωτόκολλα ιατρικονοσηλευτικού προσωπικού κ.ά., αδυνατούν να διαχειριστούν όλες αυτές τις πληροφορίες χωρίς τον εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό ρόλο του νοσηλευτή (Μπόκας, 2007).

Το νοσηλευτικό προσωπικό, σε συνεργασία με τους ψυχολόγους του νοσοκομειακού ιδρύματος, θα πρέπει να ενημερώνουν για τη πορεία της νοσηλείας του νεογνού και να στοχεύουν στα ακόλουθα δομικά στοιχεία μιας υγιούς και ομαλής εξέλιξης (Μπόκας, 2007):

- Εκπαίδευση της μητέρας, σε περιπτώσεις που επιτρέπεται η εφαρμογή του μητρικού θηλασμού, η μητέρα να γνωρίζει τη διαδικασία και τη σωστή φροντίδα του μητρικού γάλακτος όταν φυλάσσεται και δεν δίνεται απευθείας στο νεογνό (Μπόκας, 2007).
- Εκπαίδευση για το ρόλο της θερμοκοιτίδας και την προώθηση οικειοποίησης αυτής της εικόνας με τις προσδοκίες που είχαν οι γονείς για το νεογνό (Μπόκας, 2007).
- Εκμάθηση διαχείρισης άγχους και θυμού για την αποτροπή της σωματοποίησης των συναισθηματικών εντάσεων (Μπόκας, 2007).
- Επεξήγηση της λειτουργίας κάθε συσκευής και μηχανήματος και ενημέρωση για τον τρόπο φροντίδας του νεογνού, ώστε να μην διακόπτεται η σωματική επαφή γονιού – νεογνού αλλά να μην τίθεται και η ζωή του νεογνού σε μεγαλύτερο κίνδυνο, λόγω λανθασμένων χειρισμών (π.χ. αφαίρεση φλεβοκαθετήρα ή συσκευής παρακολούθησης/ παροχетеύσεων του νεογνού) (Μπόκας, 2007).

4.4 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η καλή πρόγνωση ενός πρόωρου νεογνού στηρίζεται σε μεγάλο ποσοστό στην διατροφική του προσέγγιση. Σήμερα, πραγματοποιούνται έρευνες που στοχεύουν στην καλύτερη δυνατή απεικόνιση της ιδανικής θρέψης που πρέπει να έχει ένας πρόωρος οργανισμός προκειμένου να αυξήσει την σωματική του μάζα, με την εξέλιξη που θα επιτυγχάνονταν και κατά την ενδομήτρια ανάπτυξη του. Η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία, υποστηρίζει ότι μέσω της εντερικής σίτισης μπορεί να επιβιώσει σε ικανοποιητικό βαθμό, για τους πρώτους μήνες ζωής το νεογνό, διότι επιτρέπεται η ωρίμανση ολόκληρου του πεπτικού συστήματος για μια πιο λειτουργική φυσιολογία. Το πρώτο διάστημα λοιπόν χορηγούνται μικρά και συχνά υποθερμιδικά γεύματα, τα οποία στην συνέχεια αυξάνονται ως προς τον ρυθμό χορήγησης (καθώς αυξάνεται και η χωρητικότητα του στομάχου) (Anderson, 2005).

Το μητρικό γάλα αποτελεί την αδιαμφισβήτητη ικανότερη μορφή θρέψης αλλά διακρίνονται και περιπτώσεις που δεν είναι εφικτή η άντληση ή εύρεση του μητρικού γάλακτος και έτσι οι ιατροί προχωρούν στην χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος, το οποίο έχει κατασκευαστεί σύμφωνα με όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται το νεογνό για την εξέλιξη του (Anderson, 2005).

Για νεογνά με δείκτη σωματικού βάρους μικρότερο των 1.500 Kg απαιτείται παρεντερική σίτιση, αμέσως μετά την γέννηση του. Αποτελεί μια μέθοδο που δεν στερεί από το νεογνό κάποιο αναπτυξιακό στοιχείο αλλά παρόλα αυτά οφείλει να είναι μικρής διάρκειας ώστε να μην εκθέτει τον οργανισμό σε κάποια από τις επιπλοκές της. Για να επιτευχθεί λοιπόν η παραπάνω αρχή αυξάνονται σταδιακά τα γεύματα εντερικής σίτισης μέχρι που λαμβάνουν εξολοκλήρου την δυνατότητα θρέψης του πρόωρου νεογνού (Anderson, 2005).

Η ικανότητα ανάπτυξης και επιβίωσης του πρόωρου νεογνού θα πρέπει να ακολουθεί και την ανατομική του εξέλιξη καθώς είναι γνωστό ότι η ανατομική διαφοροποίηση του γαστρεντερικού σωλήνα τελειοποιείται πριν την 20^η εβδομάδα κύησης. Αυτός είναι και ο λόγος που ενώ δεν παρουσιάζεται αδυναμία ως προς την δομή του γαστρεντερικού σωλήνα, ωστόσο αναγνωρίζεται έντονα η ανωριμότητα ως προς την φυσιολογία. Παρατηρείται δηλαδή διαταραχή στην πέψη, την απορρόφηση και το μεταβολισμό των θρεπτικών στοιχείων όπως και δυσλειτουργία ως προς την εντερική κινητικότητα (Anderson, 2005).

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- ❖ Ενέργεια: Για να πραγματοποιηθεί αύξηση του σωματικού βάρους θα πρέπει το προσφερόμενο ποσό ενέργειας που λαμβάνει το νεογνό σε καθημερινή βάση να είναι μεγαλύτερο από το ποσό που ξοδεύει κατά την ομαλή του λειτουργία. Κύριος στόχος της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η αποτροπή του ενδεχόμενου για καταβολισμό. Γεγονός όχι τόσο εύκολο ιδίως για πρόωρα νεογνά με πολύ χαμηλό σωματικό βάρος καθώς διακρίνονται αυξημένες ενεργειακές ανάγκες, οι οποίες συγκρούονται με τα ελάχιστα ενεργειακά αποθέματα και την διαταραγμένη σε ορισμένες περιπτώσεις διαδικασία θρέψης και πρόσληψης θερμίδων. Αυτό αιτιολογείται από την διαφοροποίηση του μεταβολισμού συγκριτικά με την ηλικία ωρίμανσης του οργανισμού (ο μεταβολισμός των προώρων παρουσιάζει μεγαλύτερη ενεργειακή κάλυψη σε σχέση με τα τελειόμηνα νεογνά). Θα πρέπει να αναφερθεί ότι νεογνά με Σ.Μ. < 1.500 Kg που διαθέτουν ποιοτικές συνθήκες ανάπτυξης όπως φυσιολογική νευρολογική λειτουργία, προσαρμογή σε θερμικά ουδέτερο περιβάλλον και πρόληψη λοιμώξεων παρουσιάζουν χαμηλότερο βασικό μεταβολισμό αμέσως μετά τη γέννηση, ο οποίος αυξάνεται με το πέρασμα 2-3 εβδομάδων. Η ημερήσια προτεινόμενη πρόσληψη θερμίδων υπολογίζεται 120-130kcal/kg/ημερησίως, η οποία προσφέρει στο νεογνό μια ισορροπημένη αύξηση του βάρους του κατά 15-20g/ημερησίως. Τόση θα ήταν και η σωματική του εξέλιξη κατά την ενδομήτρια ζωή του. Σε προσπάθειες που έγιναν να αυξηθεί το ποσό ενέργειας σε 140-150kcal/kg/ημερησίως αποδείχτηκε ότι παρότι δέχεται αύξηση η μυϊκή μάζα εντούτοις παραμένει ίδια η τιμή του μήκους του σώματος και η περίμετρο κεφαλής του. Έτσι, έχει θεσπιστεί η κάλυψη αναγκών σίτισης του πρόωρου νεογνού να μην υπερβαίνει τις 105-130kcal/kg/ημερησίως. Τέλος, οφείλουμε να τονίσουμε ότι το ποσό αυτό διαχωρίζεται σε υποκατηγορίες, δηλαδή το περίπου 40% απευθύνεται στον μηχανισμό του βασικού μεταβολισμού, ένα ποσοστό γύρω στο 12% καταναλώνεται στη διαδικασία κένωσης και ούρησης του νεογνού, το μόλις 3% αναγνωρίζεται ως φυσική δραστηριότητα και με ένα συν 5% χρησιμοποιείται για την οστική ανάπτυξη και μόλις το 35% απομένει για την σωματική του διάπλαση. Ωστόσο νεογνά που έχουν προσβληθεί από λοιμογόνο παράγοντα, αναπνευστική δυσχέρεια ή έχουν υποστεί χειρουργική παρέμβαση οφείλουν να προσλαμβάνουν μεγαλύτερη θερμιδική κάλυψη για την πιο σύντομη αποκατάστασή τους (Dobbyn, 2009).

- ❖ Πρωτεΐνες: Η έκκριση και η συμμετοχή της παγκρεατικής θρυψίνης στον νεογνικό οργανισμό παρουσιάζει καταστολή σε αντίθεση με τους αυξητικούς ρυθμούς της λειτουργίας της εντερικής πεπτιδάσης και άλλων εντερικών ενζύμων. Η δραστική μεταφορά αμινοξέων, αναγνωρίζονται με δυναμικό ρυθμό τόσο κατά την περίοδο κύησης του εμβρύου όσο και κατά την 22^η εβδομάδα επιβίωσης του πρόωρου νεογνού. Η απορρόφηση των πρωτεϊνών πραγματοποιείται υπό την μορφή των αμινοξέων από όλο το έντερο και κυρίως από τη νήστιδα. Ο συντελεστής εντερικής απορρόφησης της πρωτεΐνης σε πρόωρα νεογνά υπολογίζεται περίπου στο 87%. Ο ρόλος της πρωτεΐνης στην θρέψη του πρόωρου θεωρείται αδιαμφισβήτητη η σημαντικότερη θρεπτική ομάδα καθώς συμβάλλει ενεργά στην αύξηση του σωματικού του βάρους. Συγκεκριμένα, για νεογνά με πρόωμη γέννηση και μάζα σώματος που κυμαίνεται από 1.200-1.800 Kg, απαιτείται κάλυψη των αναγκών σε πρωτεΐνη περίπου στο 2,7-3,5g/kg/ημερησίως. Αντιθέτως, όταν το νεογνό παρουσιάζεται λιποβαρές οφείλει να καταναλώνει ακόμη περισσότερο ποσό πρωτεΐνης. Στην αυξητική τους προσέγγιση σημαντικό ρόλο εμφανίζουν και μια σειρά συγκεκριμένων αμινοξέων που ενώ δεν απαιτούνται σε ιδιαίτερο βαθμό στα τελειόμηνα ωστόσο είναι ουσιώδη για τα πρόωρα. Αυτά τα αμινοξέα είναι η ιστιδίνη, η τυροσίνη, η κυστεΐνη και η ταυρίνη. Ειδικά η ταυρίνη συντίθεται ενδογενώς από την κυστεΐνη. Αυτές οι δομικές ενώσεις εντοπίζονται σε μεγάλο ποσοστό στον αμφιβληστροειδή και τον εμβρυικό εγκέφαλο και παρουσιάζουν τις υψηλότερες τιμές μετά την γέννηση του κυήματος. Η ταυρίνη συμμετέχει στην διατήρηση της ηπατικής λειτουργίας αλλά και στην απορρόφηση του λίπους. Επιπλέον, σημαντικές πηγές ταυρίνης εντοπίζονται στο μητρικό γάλα και έρευνες αποδεικνύουν ότι νεογνά που τρέφονται με μητρικό γάλα διαθέτουν περισσότερες ποσότητες αμινοξέων από τα νεογνά που δέχονται αύξηση μέσω του τροποποιημένου γάλακτος. Παρόλο που μέχρι και σήμερα δεν έχει τεθεί απάντηση για τον αν ο εμπλουτισμός με ταυρίνη των επεξεργασμένων γαλάτων είναι απαραίτητος, ωστόσο το μεγαλύτερο μέρος τροποποιημένων συστατικών περιέχουν ταυρίνη σε επίπεδα παρόμοια του μητρικού (Dobbyn, 2009).
- ❖ Υδατάνθρακες: Για την ομαλή λειτουργία της εγκεφαλικής δραστηριότητας χρειάζεται γλυκόζη. Όταν το έμβρυο κυοφορείται από την έγκυο λαμβάνει την απαραίτητη γλυκόζη μέσω της μήτρας. Αυτή η λήψη είναι συνεχόμενη και διακόπτεται κατά την έναρξη του τοκετού. Επομένως, με την απότομη διακοπή

πρόσληψης της γλυκόζης έρχεται η ανάγκη της άμεσης χορήγησης του πριν εξαντληθούν τα μειωμένα αποθέματα γλυκογόνου και πυροδοτήσουν τυχόν υπογλυκαιμία στο πρόωρο νεογνό. Αυτός είναι και ο λόγος που για τα πρόωρα που απαγορεύεται η προσωρινή σίτιση τους τα πρώτα 24ωρα ακολουθείται ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης. Συγκεκριμένα, νεογνά που παρουσιάζουν σωματικό βάρος λιγότερο των 1.500 Kg., κατά κανόνα λαμβάνουν την ποσότητα γλυκόζης που χρειάζονται παρεντερικά, διότι η σίτιση τους για τα πρώτα 24ωρα είναι ποσοτικά μικρά. Ωστόσο, για νεογνά λιποβαρείς εμφανίζεται πολλές φορές υπεργλυκαιμία, χωρίς την έγκυρη αποκατάσταση της. Η διαταραχή αυτή οφείλεται είτε στον χαμηλό ρυθμό κάθαρσης της γλυκόζης είτε στην μειωμένη απάντηση στην ινσουλίνη. Η κυριότερη όμως ουσία που συμπεριλαμβάνεται στους υδατάνθρακες και εντοπίζεται στη μεγαλύτερη περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος είναι αυτή της λακτόζης. Η λακτόζη διαχωρίζεται κατά την σύσπαση της σε δυο υποκατηγορίες, την γλυκόζη και την γαλακτόζη από το ένζυμο λακτάση, το οποίο παράγεται στην ψυκτροειδή παρυφή του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου. Η δράση της λακτάσης σε νεογνά που έχουν γεννηθεί πριν την αναμενόμενη ηλικία κύησης (κυρίως πριν την 34^η εβδομάδα) υπολογίζεται περίπου στο 30% της δράσης της λακτάσης στα τελειόμηνα, παρόλα αυτά, η λακτόζη είναι καλά ανεκτή από τα πρόωρα. Για τον καλύτερο δυνατό μεταβολισμό της λακτάσης απαιτείται εντερική σίτιση, διότι παρατηρείται σημαντική αύξηση της δράσης της. Σε πολύ πρόωρα νεογνά, που το σωματικό τους βάρος είναι λιγότερο από 1.400 Kg, παρουσιάζεται ένα ποσοστό του έως 70% της χορηγούμενης λακτόζης να μην μπορεί να μεταβολιστεί από τον ανώριμο νεογνικό οργανισμό και να διοχετεύεται απευθείας στο παχύ έντερο διότι δεν επιτυγχάνεται ολοκληρωμένη υδρόλυση της ουσίας. Σήμερα, η συνιστώμενη ημερήσια λήψη των υδατανθράκων ανέρχεται σε 7,2-12g/kg/ημερησίως (Dobbyn, 2009).

- ❖ Λίπη: Σε αυτή την κατηγορία θρεπτικών συστατικών εντοπίζεται διαταραχή ως προς τον μεταβολισμό και την απορρόφηση του λίπους σε πρόωρα νεογνά. Σε πρώτο στάδιο η πέψη των λιπαρών ουσιών πραγματοποιείται στο στομάχι. Η γαστρική λιπόλυση αποτελεί ενεργός διαδικασία στο πρόωρο και απευθύνεται στο 1/3 της πέψης του λίπους. Όμως, το στάδιο πέψης και απορρόφησης που ακολουθεί στην περιοχή του εντέρου διακρίνεται σε μεγάλο βαθμό ανίκανο να ανταπεξέλθει των λειτουργιών του λόγω των συνεργειών της μειωμένης δραστηριότητας της παγκρεατικής λιπάσης, της εξασθενημένης λήψης και επεξεργασίας των χολικών αλάτων και επιπλέον στην μειωμένη επαναρρόφηση από το έντερο. Οι

προαναφερθείσες ενέργειες αναγνωρίζονται αδύναμες στο διάστημα των 36-37 εβδομάδων κύησης. Έτσι, παρατηρείται διαταραχή στην απορρόφηση των λιπαρών οξέων μακράς αλύσου, σε αντίθεση με τα τριγλυκερίδια μέσης αλύσου τα οποία διαπερνούν στην διαδικασία απορρόφησης κατευθείαν μέσω της πυλαίας φλέβας. Αυτός είναι και ο λόγος που τα τροποποιημένα γάλατα για πρόωρα νεογνά περιέχουν ποσότητα τριγλυκεριδίων μέσης αλύσου σε ποσοστό μέχρι και 50%. Μπορεί δηλαδή, με αυτή την κίνηση να παρουσιάζεται αύξηση της απορρόφησης των λιπών ακόμη και μέχρι 85%. Τέλος, θα πρέπει να τονίσουμε ότι η ημερήσια πρόσληψη λίπους για πρόωρα νεογνά αναφέρεται από 4,5-6g/100kcal/ημερησίως (Dobbyn, 2009).

- ❖ Ηλεκτρολύτες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία: Για νεογνά με πρόωρη γέννηση επιτρέπεται χορήγηση Na από 3 μέχρι 5mmol/kg/ ημερησίως. Θεωρείται ικανοποιητική ποσότητα ακόμα και για νεογνά λιποβαρείς με σωματικό βάρος που δεν υπερβαίνει τα 1.500 Kg., και με ηλικία κύησης που δεν ξεπερνά τις 34 εβδομάδες. Το γάλα που χορηγείται στο νεογνό μέσω του μητρικού θηλασμού περιέχει μια ακριβής τιμή ηλεκτρολυτών, κατάλληλη ώστε να μην δημιουργήσει ηλεκτρολυτικές ανισορροπίες. Ωστόσο, το Na διαθέτεται σε χαμηλή περιεκτικότητα. Ένας άλλος κοινός ηλεκτρολύτης, το κάλιο εμπεριέχεται σε τιμές από 1,7-2,5mEq/kg/ και κάπου τόσο υπολογίζεται και η ημερήσια πρόσληψη του μέσω της σίτισης. Ως προς το ασβέστιο και το φώσφορο, οι ενεργειακές ανάγκες είναι ελάχιστες σε πρόωρα νεογνά διότι παρατηρείται ήδη αυξημένη ανάπτυξη των οστών και η απορρόφηση κυρίως του ασβεστίου μέσω της θρέψης βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο. Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη του ασβεστίου έχει καθιερωθεί από 70-200mg/100kcal, για το P 50-117mg/100kcal και για το Mg 6-12mg/100kcal. Οι παραπάνω τιμές υπολογίζεται ότι είναι μέχρι και 5 φορές μεγαλύτερες από αυτές που εντοπίζονται στο μητρικό γάλα διότι κύρια προτεραιότητα είναι η αύξηση του σωματικού βάρους του πρόωρου νεογνού. Επίσης, το τροποποιημένο γάλα που απευθύνεται σε πρόωρα είναι κατασκευασμένο με περισσότερες περιεκτικότητες σε ηλεκτρολύτες συγκριτικά με αυτό που παρέχεται στα τελειόμνηνα, για τον ίδιο ακριβώς λόγο. Σε περιπτώσεις προωρότητας που είναι εφικτός ο εμπλουτισμός του μητρικού γάλατος με άλατα Ca και P, πραγματοποιείται αυτή η ενέργεια μέχρι ο δείκτης μάζας σώματος να φτάσει στα ίδια επίπεδα με αυτόν των τελειόμνημων, δηλαδή 3-3,5Kg. Συμπλήρωση ηλεκτρολυτών απαιτείται και σε πρόωρα με προδιάθεση να εμφανίσουν σιδηροπενική αναιμία. Συγκεκριμένα, χορηγείται επιπλέον σίδηρος διότι τα αποθέματα σιδήρου στα πρόωρα νεογνά είναι μειωμένα και ο οργανισμός τα εκμεταλλεύεται μέσα στους 4 πρώτους μήνες ζωής του

νεογνού. Έτσι, για την πρόληψη διαταραχών συνιστάται συμπληρωματική χορήγηση σιδήρου, η οποία ξεκινά από τον δεύτερο μήνα μετά τον τοκετό και είναι από 2 μέχρι 3mg/kg/ημερησίως, ενώ στα νεογνά που ζυγίζουν λιγότερο από 1.500 Kg χορηγούνται 3 έως 4mg/kg/ημερησίως (Dobbbyn, 2009).

- ❖ **Βιταμίνες:** Το έντερο έχει την δυνατότητα να απορροφά σε ολόκληρο το ποσοστό την βιταμίνη D, η οποία είναι λιποδιαλυτή. Ωστόσο, τα νεογνά που έχουν γεννηθεί νωρίτερα από την αναμενόμενη ηλικία κύησης διαθέτουν χαμηλά αποθέματα βιταμίνης D και μεγάλο μέρος αυτής απελευθερώνεται μέσω των ούρων. Σύμφωνα με τις ανάγκες ενός νεογνού θα πρέπει να λαμβάνονται ημερησίως περίπου 400IU. Δεν έχει εντοπιστεί μέχρι σήμερα σημαντική ελάττωση των βιταμινών σε ένα πρόωρο, συγκριτικά με ένα νεογνό τελειόμηνο. Παρόλα αυτά, θεωρείται ότι η οστεοπενία της προωρότητας εκδηλώνεται λόγω μειωμένης συγκέντρωσης ασβεστίου και φωσφόρου, συνδυαστικά με την ανεπάρκεια της βιταμίνης D. Μια επιπλέον βιταμίνη, με χαμηλά αποθέματα στον πρόωρο οργανισμό είναι αυτή της βιταμίνης E, της οποίας η δράση είναι κυρίως αντιοξειδωτική. Στη βιταμίνη E μια ημερήσια κάλυψη των ενεργειακών αναγκών του πρόωρου νεογνού υπολογίζεται σε 3 με 5 IU. Ως προς την βιταμίνη K, οφείλει να αποτρέπεται το ενδεχόμενο αιμορραγικής νόσου την 1^η εβδομάδα, κατά την οποία η εντερική πρόσληψη παρουσιάζεται μειωμένη, με αποτέλεσμα να χορηγείται ενδομυϊκά με δοσολογία 1mg στη γέννηση, ενώ σε πρόωρα με σωματικό βάρος υψηλότερο από 1.000 Kg., συνιστώνται 0,3gr. Τέλος, η βιταμίνη A ανιχνεύεται στο ήπαρ για όλο εκείνο το διάστημα που καλύπτει την κύηση του εμβρύου ενώ στη συνέχεια χρησιμοποιείται για την σύνθεση της χρωστικής του αμφιβληστροειδή και για τον σχηματισμό και την διατήρηση των επιθηλιακών μεμβρανών. Διασπάται από το φως και υπολογίζεται ότι το 70% της συνολικής ποσότητας που χορηγείται per os στο νεογνό διασπάται εντός 3 ωρών μέσω της έκθεσης του σε φωτοθεραπεία (Dobbbyn, 2009).

4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Από την στιγμή που θα προέλθει ο πρόωρος τοκετός ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που έρχεται αντιμέτωπο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι το χαμηλό βάρος του νεογνού, που τις περισσότερες φορές αποτελεί και αιτιολογία μεγαλύτερης αναμονής του πρόωρου νεογνού, εντός της νοσοκομειακής μονάδας. Η φροντίδα που παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να σχεδιάζεται για κάθε νεογνό ξεχωριστά καθώς ο κάθε ανθρώπινος οργανισμός αποτελεί μια μοναδική εξατομικευμένη παρουσία. Οι ανάγκες και τα προβλήματα σε σχέση με τους αντικειμενικούς σκοπούς επιβίωσης βρίσκονται στη πρώτη γραμμή αντιμετώπισης (Goetzman, 2002).

Η παραπάνω αρχή στηρίζεται στο γεγονός ότι το κάθε νεογνό που έχει γεννηθεί σε πρόωμη από την φυσιολογική περίοδο κύησης φέρει διαφορετικά ανατομικά και φυσιολογικά προβλήματα. Η αναγνώριση του βαθμού προωρότητας και των δυσλειτουργιών που προκύπτουν από αυτό αποτελούν βάση για τον σχεδιασμό της θεραπευτικής προσέγγισης. Ουσιαστικά, η περίθαλψη του νεογνού στηρίζεται στην λειτουργική ανάπτυξη του, με την αποφυγή των λοιμώξεων, την αποτελεσματική οξυγόνωση, τη σωστή θρέψη και ενυδάτωση και τέλος την αποτροπή μεταβολών της θερμοκρασίας του σώματος του (Goetzman, 2002).

Ο νοσηλευτής λοιπόν, οφείλει να δρα σύμφωνα με τις παρακάτω οδηγίες:

- ✓ Ακολουθείτε άσηπτη τεχνική.
- ✓ Σωστή χρήση της θερμοκοιτίδας.
- ✓ Προσοχή στην διατήρηση της σωστής θερμοκρασίας.
- ✓ Στα νεογνά που εμφανίζεται αναπνευστική δυσχέρεια, η παρουσία υγρασίας αποδίδει αποτελεσματικά (Goetzman, 2002).
- ✓ Οι αεραγωγοί θα πρέπει να παραμένουν ανοιχτοί (πραγματοποίηση ρινικής ή φαρυγγικής αναρρόφησης).
- ✓ Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων και αξιολόγηση.
- ✓ Προσεκτική χορήγηση οξυγόνου σύμφωνα με τις ανάγκες του πρόωρου νεογνού (δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 30% καθώς ενδέχεται να προκληθεί οπισθοφακική ινοπλασία).
- ✓ Η σίτιση καθορίζεται ανάλογα με την ικανότητα κατάποσης του νεογνού (μητρικός θηλασμός, ρινογαστρικός καθετήρας).

- ✓ Σε ορισμένες περιπτώσεις η σίτιση του νεογνού ξεκινά με το πέρασμα των 72 ωρών μετά την γέννηση του, ύστερα από τις κατευθυντήριες ιατρικές οδηγίες (Goetzman, 2002).
- ✓ Η χορήγηση θερμίδων και υγρών πραγματοποιείται σταδιακά εντός του 1^{ου} 24ωρου με τις αντίστοιχες τιμές 100-120cal/Kg. , 140-150cal/Kg.
- ✓ Η σίτιση και η ενυδάτωση του νεογνού διακυμαίνονται, γεγονός που μπορεί να είναι ανησυχητικό για την νεογνική ανάπτυξη.
- ✓ Τα γεύματα του νεογνού είτε με μητρικό είτε με τεχνητό γάλα οφείλουν να είναι μικρά και σε κοντινά χρονικά διαστήματα, διότι η χωρητικότητα του στομάχου είναι μικρότερη της φυσιολογικής και προκαλείται αίσθημα ναυτίας, κοιλιακή διάταση και ενόχληση κατά την πέψη.
- ✓ Σε ορισμένες περιπτώσεις προωρότητας απαιτείται η πράξη του υποκλυσμού με σκοπό την συνέχιση της επαρκούς διατήρησης.
- ✓ Το νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει ότι η συνεχής ενασχόληση με το νεογνό και το παρατεταμένο κλάμα επιδρούν αρνητικά στην ολιστική θεραπευτική παρέμβαση (Goetzman, 2002).
- ✓ Απαιτείται αλλαγή των θέσεων του πρόωρου νεογνού στο κρεβατάκι του ή στην θερμοκοιτίδα, περίπου κάθε 4 ώρες, για την αποτελεσματική ξεκούραση του.
- ✓ Προσοχή στην έκθεση του νεογνού σε φωτεινό περιβάλλον καθώς υπάρχει κίνδυνος βλάβης του αμφιβληστροειδούς (Goetzman, 2002).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Κατά την εισαγωγή του νεογνού στη ΜΕΝΝ, ο νοσηλευτής εστιάζει αρχικά στα ακόλουθα σημεία (Goetzman, 2002):

- ✓ Μέτρηση θερμοκρασίας. (τοποθέτηση ατομικού θερμομέτρου στο ορθό ύστερα από επάλειψη με βαζελίνη, σε βάθος 2-3 cm. Επαναλαμβάνεται κάθε δίωρο).
- ✓ Μέτρηση σφίξεων και αναπνοών (επιπρόσθετα των τιμών του monitor).
- ✓ Καταγραφή αρτηριακής πίεσης (οι τιμές που παρουσιάζει το monitor συνήθως δεν αντιστοιχούν στα πραγματικά αποτελέσματα).
- ✓ Λήψη τιμής σωματικού βάρους (πραγματοποιείται στις ίδιες συνθήκες ζύγισης και γίνεται καταγραφή του βάρους των καλωδίων ή ηλεκτροδίων που φέρει το νεογνό) (Goetzman, 2002).

- ✓ Παρακολούθηση της ούρησης και των ούρων (ισοζύγιο υγρών, μέτρηση ειδικού βάρους των ούρων).
- ✓ Μέτρηση γλυκόζης αίματος – Dextrostix (σε περιπτώσεις παρεντερικής σίτισης απαιτείται έλεγχος 3 φορές/ 24ωρο).
- ✓ Περιποίηση πρόωρου νεογνού (λουτρό νεογνού σε απουσία ομφαλικών καθετήρων ή τραχειοσωλήνα).
- ✓ Εάν το νεογνό φέρει αναπνευστική δυσχέρεια σωστή χορήγηση οξυγόνου (μέτρηση πυκνότητας οξυγόνου, λήψη με χρήση Hood - CPAP, υγροποίηση και σωστή θερμοκρασία) (Goetzman, 2002).
- ✓ Έλεγχος μηχανικού αερισμού (παρακολούθηση του αναπνευστήρα, έλεγχος κυκλώματος και καθαρισμός, προστασία του θερμοαντικου του υγραντήρα, απόφραξη τραχειοσωλήνα).
- ✓ Παρακολούθηση λειτουργίας μηχανημάτων (αναπνευστήρας, monitor, πιεσόμετρο, οξυγονόμετρο και αντλίες έγχυσης υγρών) (Goetzman, 2002).

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗ ΜΕΝΝ

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας (ΜΕΝΝ) αποτελεί στις μέρες μας τον ακρογωνιαίο λίθο για την αποτελεσματική λειτουργία του χώρου και την μείωση των αποτυχημένων θεραπευτικών πλάνων στα νεογνά. Η συστηματική και απαιτητική παρακολούθηση και αξιολόγηση της πορείας των πρόωρων νεογνών χρειάζεται δυναμισμό, εμπειρία, σωστή τεχνική και όλα αυτά να εφαρμόζονται με επίκεντρο την γνώση. (Σαρηγιαννίδης, 2013).

Θα πρέπει ο κάθε νοσηλευτής να είναι πλήρως ενημερωμένος για την φυσιολογία και την διαφορετικότητα της ανατομίας στα πρόωρα, υπολογίζοντας πάντα την ηλικία προωρότητας, τυχόν συνυπάρχουσα πάθηση και την προσβολή των νεογνών – ασθενών από λοιμογόνους παράγοντες. Επιπλέον, η ειδίκευση του χώρου απαιτεί την κάλλιστη χρήση και γνώση των μηχανημάτων με λεπτούς χειρισμούς και την ικανότητα παρατήρησης οποιασδήποτε δυσλειτουργίας, απεικονιστικά μέσα από τα μηχανήματα, σε συνάρτηση πάντα με τον χρόνο και τις προβλεπόμενες τιμές. Ο χώρος καθιστά τους νοσηλευτές να βρίσκονται σε μια συνεχιζόμενη και αδιάκοπη επαγρύπνηση καθώς οι νοσηλευτές υφίστανται πιέσεις μεγαλύτερης έντασης, συγκριτικά με κάθε άλλη νοσοκομειακή μονάδα. Η κρισιμότητα της κατάστασης και το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δρα σε ένα περιβάλλον συνεχούς

εγρήγορσης – παρατήρησης και παρέμβασης αποδεικνύουν πως η προώριτητα και οι επακόλουθες συνέπειες της, όπως είναι οι επιπλοκές, αποτελούν ένα από τα πιο πολύπλευρα και δύσκολα αντιμετωπίσιμα προβλήματα στον χώρο της Υγείας και της Αποκατάστασης. Αρκεί να τονίσουμε, ότι σήμερα τα αποτελέσματα των θεραπειών που ακολουθούνται στοχεύουν περισσότερο στις νεογνικές επιπλοκές παρά στην κάθε αυτό αιτιολογία εισαγωγής ενός πρόωρου στην MENN. (Σαρηγιαννίδης, 2013).

Στην συνέχεια του κεφαλαίου, πραγματοποιείται η λεπτομερής καταγραφή των σημαντικότερων κατευθυντήριων οδηγιών της MENN, που συνιστούν την νοσηλευτική φροντίδα σε ένα πρόωρο νεογνό υψηλού κινδύνου:

- ✓ Αξιολόγηση του βαθμού φυσιολογικής λειτουργίας (γενική εικόνα νεογνού, εκτίμηση καρδιοαναπνευστικής – νευρολογικής ικανότητας, αξιολόγηση και βαθμολόγηση κατά Apgar) (Negri, 2001).
- ✓ Διατήρηση της σωστής θερμοκρασίας του σώματος και πρόληψη υποθερμίας ή πυρετικής κίνησης.
- ✓ Παρακολούθηση κινήσεων, αντιδράσεων και κλινικής εικόνας στο ελεγχόμενο μέρος της θερμοκοιτίδας.
- ✓ Λεπτομερής αναφορά και ενημέρωση ιατρικού προσωπικού για οποιαδήποτε μεταβολή της κατάστασης που δεν προβλεπόταν.
- ✓ Σωστή τήρηση και τεχνική όλων των μηχανημάτων και των λειτουργιών τους με αξιολόγηση ή παρέμβαση στην ηλεκτρονική καταγραφή.
- ✓ Άσηπτη τεχνική (Negri, 2001).
- ✓ Πρόληψη λοιμώξεων
- ✓ Τήρηση προσωπικής καθαριότητας και του χώρου εργασίας τους.
- ✓ Πλύσιμο χεριών μετά από κάθε νεογνό.
- ✓ Εφαρμογή του κανόνα ειδικών στολών εντός της MENN και ρήψη στα απορρίμματα εάν είναι μιας χρήση κατά την έξοδο τους.
- ✓ Πιστή τήρηση κανόνων αποστείρωσης.
- ✓ Απαγόρευση εισόδου επισκεπτηρίου στην MENN εάν πρώτα δεν τηρήσουν ρητά κάθε εντολή από τους υπεύθυνους μονάδας (Negri, 2001).
- ✓ Απομόνωση πρόωρου νεογνού εάν προσβληθεί από λοιμογόνο παράγοντα ή μεταδοτικούς παθογόνους μικροοργανισμούς.

- ✓ Λήψη ζωτικών σημείων πέραν της ηλεκτρονικής καταγραφής σε περιπτώσεις που οι τιμές είναι μη προσιτές στα δεδομένα.
- ✓ Εκτίμηση καρδιακής συχνότητας με καρδιακό monitor και ρύθμιση του μηχανήματος να ενεργοποιείται ο συναγερμός καρδιακών κτύπων σε τιμές μικρότερες των 100 / min ή μεγαλύτερες των 180/ min.
- ✓ Παρακολούθηση συνδέσεων, κακής επαφής ηλεκτροδίων με το σώμα του πρόωρου νεογνού, λερωμένα ηλεκτρόδια ή ανεπαρκής γείωση.
- ✓ Αξιολόγηση αναπνευστικής ικανότητας (Negri, 2001).
- ✓ Μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών.
- ✓ Μέτρηση ειδικού βάρους ούρων μέσω του διαθλασίμετρου.
- ✓ Πραγματοποίηση αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων.
- ✓ Αναγραφή της ποσότητας αίματος που λαμβάνεται σε κάθε αιμοληψία (σε περιστατικά που απαιτείται επαναλαμβανόμενη λήψη αίματος ο όγκος αίματος νεογνών υψηλού κινδύνου μπορεί να μειωθεί σημαντικά).
- ✓ Προσδιορισμός αερίων αίματος διαδερματικά μέσω sensors (διαδερματικοί αισθητήρες που αποτρέπουν τις αρτηριακές αγγειοκεντήσεις).
- ✓ Λήψη μέτρων ασφαλείας (Negri, 2001).

ΕΠΙΠΛΕΟΝ

Γενική Εκτίμηση:

- Μέτρηση σωματικού βάρους, χρονικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Παρατήρηση και αναγνώριση σχήματος και μεγέθους σώματος, ανάπτυξη οιδήματος ή συσσώρευση λιπώδους ιστού.
- Παρακολούθηση γενικών δυσμορφιών (Negri, 2001).

Αναπνευστική εκτίμηση:

- Παρατήρηση σχήματος θώρακος, συμμετρίας, ύπαρξης τομής, καθετήρων ή άλλων παρεκκλίσεων.
- Αναφορά λειτουργίας βοηθητικών αναπνευστικών μυών (αναπέταση πτερυγίων μύτης ή εισολκές στέρνου, μεσοπλεύριων διαστημάτων, σφαγής).
- Προσδιορισμός αναπνευστικής συχνότητας και ρυθμού.

- Αναγνώριση αναπνευστικών ήχων (ρόγχοι, συριγμός, υγροί μειωμένης έντασης ήχοι, γογγυσμός κ.ά.).
- Εκτίμηση της πράξης αναρρόφησης.
- Αξιολόγηση κλάματος (Negri, 2001).

Καρδιαγγειακή εκτίμηση:

- Αξιολόγηση καρδιακής συχνότητας και ρυθμού.
- Αναγνώριση καρδιακών ήχων και φυσημάτων.
- Ακρόαση καρδιακού κτύπου εντονότερα σε ορισμένα σημεία υποδηλώνει μετατόπιση μεσοθωρακίου.
- Παρατήρηση χρώματος νεογνού (κυάνωση, ωχρότητα, ίκτερος)
- Μέτρηση αρτηριακής πίεσης
- Μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης.
- Περιγραφή περιφερικών σφυγμών (Negri, 2001).

Γαστρεντερική εκτίμηση:

- Προσδιορισμός ενδείξεων κοιλιακής διάτασης (αύξηση της περιμέτρου, γυαλιστερό δέρμα).
- Προσδιορισμός και αναφορά για σημείο αναγωγής, ιδίως μετά από την σίτιση του νεογνού
- Αξιολόγηση ποσότητας, χρώματος, σύστασης και οσμής των εμεσμάτων.
- Εκτίμηση της ποσότητας, χρώματος και σύστασης των κοπράνων.
- Αναγνώριση των εντερικών ήχων (παρουσία ή απουσία) (Negri, 2001).

Ουροποιογεννητική εκτίμηση:

- Αναγνώριση τυχόν γεννητικής ανωμαλίας.
- Εκτίμηση ούρων (χρώμα, ειδικό βάρος, pH).
- Έλεγχος σωματικού βάρους (παρουσία κατακράτησης υγρών και στοιχεία ενυδάτωσης) (Negri, 2001).

Νευρολογική και μυοσκελετική εκτίμηση:

- Παρατήρηση της κινητικής δραστηριότητας (αυθόρμητες, συσπάσεις μυών, αυτόματες, αντανακλαστικές, αποτέλεσμα τρόμου).
- Εκτίμηση νεογνικής θέσης (σε κάμψη ή σε έκταση).
- Αναφορά κινήσεως, αντανακλαστικές σε ερεθίσματα ή υπό συγκεκριμένες συνθήκες (κατά την διάρκεια που θηλάζει, Moro, Babinski).
- Παρακολούθηση καταστάσεων που προκαλούν μεταβολή ή στροφή της κεφαλής.
- Εκτίμηση αντανακλαστικού της κόρης (Negri, 2001).

Δερματική εκτίμηση:

- Αξιολόγηση τυχόν ερυθρότητας, περιοχών ερεθισμού (ιδίως σε σημεία όπου μηχανισμοί παρακολούθησης - καταγραφής - εγχύσεων εφαρμόζονται στο δέρμα).
- Αξιολόγηση δερματικής υφής (δέρμα ξηρό, μαλακό, λεπιοειδές, ξεφλουδισμένο).
- Παρουσία εξανθήματος / δερματικής εξέλκωσης.
- Ενδείξεις ιστικής διήθησης λόγω ενδοφλέβιου καθετηριασμού.
- Παρακολούθηση των γραμμών παρεντερικής έγχυσης, δηλαδή θέση και είδος (αρτηριακή, φλεβική, υπερθρεψίας, Κ. Φ. Π. - είδος αντλίας έγχυσης και ρυθμός ροής, είδος βελόνας) (Negri, 2001).

4.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Νεογνό θήλυ, πρόωρης ηλικίας (γέννηση την 29^η εβδομάδα) και παθολογικά χαμηλό βάρος σώματος (Σ.Β. 1.000 g.), εισήχθη στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του Γενικού Νοσοκομείου Πάτρας «Ο Άγιος Ανδρέας» , ύστερα από εμφάνιση Χαμηλού Βάρους Σώματος.

Συγκεκριμένα, το πρόωρο νεογνό παρουσίαζε μικρό μήκος σώματος, δυσαναλογία κεφαλής – σώματος, μειωμένο επίπεδο λίπους (λιποβαρές), λεπτό δέρμα, χαμηλό μυϊκό τόνο, χαμηλό O₂, υποθερμία, υπνηλία και δυσκολία θρέψης.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 20/08/2019 και ώρα 11:55 πμ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: -

Φύλλο: Θήλυ

ΗΜ.ΓΕΝ.: 19/08/2019 Ηλικία: 1 ημερών

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΧΑΜΗΛΟ ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (LBW)

Οικ. Κατάσταση: -

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η γέννηση του νεογνού πραγματοποιήθηκε πρόωρα και όπως αναφέρθηκε από τον νεογνολόγο η διάρκεια κύησης στο χαμηλό βάρος αιτιολογείται στον λιγότερο χρόνο του εμβρύου στη μήτρα της εγκύου για να αναπτυχθεί και να κερδίσει περισσότερο σωματικό βάρος (υπόψη ότι το μεγαλύτερο μέρος της εμβρυϊκής μάζας αποκτιέται το τελευταίο τρίμηνο κυοφορίας). Η λήψη του ιστορικού απορρίπτει συγγενείς ανωμαλίες καθώς κατά την απεικονιστική παρακολούθηση του εμβρύου δεν εκδηλώθηκε κάποια διαταραχή. Ο νεογνολόγος ωστόσο υποστηρίζει ότι το ιστορικό της μητέρας υποδεικνυε αιτία χαμηλού σωματικού βάρους: την ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης του εμβρύου, λόγω προβλημάτων με τον πλακούντα και την υγεία της εγκύου.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Το ιστορικό της μητέρας αποτέλεσε αιτία για την προωρότητα του νεογνού διότι έπασχε από παχυσαρκία και κάπνιζε κατά την διάρκεια της κύησης. Όπως ανέφερε η μητέρα, κατάφερε να αποκτήσει παιδί σε ηλικία 49 ετών και είχε προηγηθεί στο παρελθόν προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης, η οποία όμως απέτυχε.

Έτσι, ο θεράπων ιατρός του πρόωρου νεογνού υποστήριξε ότι η χορήγηση ορμονών κατά την υποβοηθούμενη γονιμοποίηση σε συνδυασμό με την παχυσαρκία και το κάπνισμα αποτελούν σημαντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες για την πρόωμη γέννηση και το μειωμένο σωματικό βάρος του νεογνού.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το νεογνό κατά την εισαγωγή του στην ΜΕΝΝ παρουσίαζε μικρό μήκος σώματος, δυσαναλογία κεφαλής – σώματος, μειωμένο επίπεδο λίπους (λιποβαρές), λεπτό δέρμα (αναγνώριση αιμοφόρων αγγείων), χαμηλό μυϊκό τόνο, χαμηλό O₂, υποθερμία (αδυναμία να διατηρήσει τη θερμοκρασία του σώματος), υπνηλία και δυσκολία θρέψης.

Ο νεογνολόγος κατά την κλινική εκτίμηση απέρριψε οποιοδήποτε ενδεχόμενο δυσμορφίας που σηματοδοτούσε υποκείμενα σύνδρομα και συνέχισε στην καταγραφή των σωματομετρικών χαρακτηριστικών για την ακριβή εκτίμηση της βαρύτητας της υποθρεψίας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η θεραπευτική αγωγή, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες θα ακολουθήσει το εξής πλάνο:

- ✓ Εισαγωγή νεογνού στην ΜΕΝΝ.
- ✓ Καταγραφή ζωτικών ενδείξεων.
- ✓ Λήψη θερμίδων και υγρών σταδιακά, ξεκινώντας με τροποποιημένο γάλα μέχρι το νεογνό να φτάσει τα 1.800 Kg., και στην συνέχεια θρέψη με μητρικό γάλα (100-120 cal/kg τα πρώτα 24ωρα και 140-150 cal/kg στην συνέχεια).
- ✓ Το νεογνό χρειάζεται μικρά και συχνά γεύματα, λόγω της μικρής χωρητικότητας του στομάχου, ώστε να αποφευχθεί εμετικό επεισόδιο ή διάταση στομάχου.

- ✓ Η θέση του βρέφους θα πρέπει να μεταβάλλεται ανά 2-4 ώρες και να υπάρχει ήπια μεταχείριση.
- ✓ Μέτρηση των επιπέδων γλυκόζης στο πλάσμα - θα πρέπει να γίνεται πριν την πραγματοποίηση της 2ης σίτισης. Το νεογνό έχει πολύ χαμηλό σωματικό βάρος σε σχέση με την ηλικία κύησης και το φύλο, δηλαδή το βάρος του κατατάσσεται στις τιμές εκείνες που στην καμπύλη ανάπτυξης βρίσκονται κάτω από το 10ο εκατοστημόριο (επομένως δεν έχει επαρκείς αποθήκες γλυκογόνου και άλλων πηγών ενέργειας).

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> •Μικρό μήκος σώματος. •Δυσαναλογία κεφαλής – σώματος. •Μειωμένο σωματικό λίπος (λιποβαρές). •Χαμηλό μυϊκό τόνο. •Υποθερμία. •Λεπτό δέρμα. •Δυσκολία θρέψης. •Υπνηλία. 	<ul style="list-style-type: none"> •Πρόσληψη θερμίδων. •Αύξηση σωματικού βάρους. •Αποτροπή λοιμώξεων. •Πρόληψη επιπλοκών (νεκρωτική εντεροκολίτιδα, SIDS, νευρολογικές διαταραχές) •Είσοδος σε Μητρικό Θηλασμό. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση & υποστήριξη γονέων • Τήρηση πρωτοκόλλου MENN • Άσηπτη τεχνική (ρινοκαθετήρας, υποκλυσμός, αιμοληψίες). • Παρακολούθηση ηλεκτρονικής καταγραφής (ζωτικά σημεία) • Ισοζύγιο υγρών &ενυδάτωση/θρέψη πρόωρου νεογνού. • Μέτρηση γλυκόζης (γλυκογόνο) – προσοχή σε μεταβολικό σύνδρομο. • Καθημερινό ζύγισμα • Παρακολούθηση κενώσεων & αναγωγών (χρώμα, σύσταση) 	<ul style="list-style-type: none"> • Τροποποιημένο γάλα μέχρι Σ.Β.>1.800 Kg., με ρυθμό χορήγησης 8-10 mg/kg, ρινογαστρικά (100-120 cal/Kg κ μητρικό γάλα 140-150 cal/Kg) • Μικρά & συχνά γεύματα (μικρή χωρητικότητα στομάχου) • Λήψη αυξητικής ορμόνης (0,1-0,2 IU/Kg/24ωρο). • Υποβοήθηση με αναπνευστήρα (ανωριμότητα πνευμόνων) • Αντιβιοτικά I.V (πρόληψη λοίμωξης). • Περιποίηση & καθαριότητα νεογνού. • Διατήρηση θερμικού περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση Σ.Β. • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Έξοδος από την MENN (παραμονή 4 μηνών). • Πρόληψη επιπλοκών • Προαγωγή μητρικού θηλασμού

4.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Νεογνό πρόωρης ηλικίας (γέννηση στην 34^η εβδομάδα) και βάρους 2.000 g εισήχθη στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του Γενικού Νοσοκομείου Πάτρας «Ο Άγιος Ανδρέας», ύστερα από εκδήλωση Αναπνευστικής Δυσχέρειας (RDS), σε διάστημα 2 ωρών από τη γέννηση του και επιδείνωση εντός του 24ωρου.

Συγκεκριμένα, το πρόωρο νεογνό παρουσίαζε χαμηλό Apgar score, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, εκπνευστικό συριγμό, κυάνωση δέρματος και άκρων λόγω υποξίας, γογγυσμό, αναπέταση ρινικών πτερυγίων και εισολκή θώρακος.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 14/09/2019 και ώρα 09:45 π.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: -

Φύλλο: Άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.: 12/09/2019 Ηλικία: 2 ημερών

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ (RDS)

Οικ. Κατάσταση: -

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η γέννηση του άρρενος νεογνού πραγματοποιήθηκε πρόωρα και όπως αναφέρθηκε από την μητέρα του, 2 ώρες μετά τον τοκετό εμφανίστηκαν σημεία οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας λόγω RDS. Το αναπνευστικό του σύστημα είναι ανώριμο λόγω έλλειψης του επιφανειοδραστικού παράγοντα και έτσι πλήττεται η αναπνοή του νεογνού.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Το ιστορικό της μητέρας αποτέλεσε αιτία για την ανάπτυξη του συνδρόμου RDS στο πρόωρο νεογνό καθώς διέθετε δύο προδιαθεσικούς παράγοντες, οι οποίοι παρουσιάστηκαν κατά την λήψη του ιστορικού από την νοσηλεύτρια. Αρχικά ο τοκετός προήλθε μέσω καισαρικής

τομής διότι ο γυναικολόγος υποστήριζε ότι η ακόλουθη διαταραχή της γυναίκας σηματοδοτούσε πρόωρο, μη αναμενόμενο τοκετό.

Ύστερα η γυναίκα ανέφερε ότι κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσίαζε διαβήτη. Όπως γνωρίζουμε, οι διαβητικές έγκυες αυξάνουν σημαντικά τα ποσοστά εμφάνισης εμβρυϊκών διαταραχών λόγω υψηλών επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), στο τέλος του πρώτου τριμήνου, δηλαδή την περίοδο της οργανογένεσης. Συγκεκριμένα η έγκυος παρουσίαζε τιμή σακχάρου >των 340 mg/dL (φυσιολογική τιμή 60 – 90 mg/dL).

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το νεογνό παρουσίαζε:

- Χαμηλό APGAR SCORE
- Ταχύπνοια
- Ταχυκαρδία
- Εκπνευστικό συριγμό
- Κυάνωση λόγω υποξίας
- Γογγυσμό
- Αναπέταση ρινικών πτερυγίων
- Εισολκή θώρακος

Ο νεογνολόγος για την επιβεβαίωση της διάγνωσης ζήτησε τα αποτελέσματα των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, τα οποία υπέδειξαν: η εξέταση των αερίων του αίματος αναγνώρισε τον κακό αερισμό, η ακτινογραφία του πνεύμονα αποκάλυψε ατελεκτασία, η κλινική αξιολόγηση έδειξε παθολογική εισολκή του θωρακικού τοιχώματος, κυάνωση, εκπνευστικό γογγυσμό και αύξηση του αναπνευστικού ρυθμού, ενώ η ακτινογραφία θώρακος παρουσίασε εικόνα θαμβής υάλου, και στους δύο πνεύμονες.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας παρουσιάζεται όταν οι ανώριμοι πνεύμονες του μωρού δεν μπορούν να παράγουν επαρκείς ποσότητες επιφανειοδραστικού παράγοντα. Έτσι το πρόωρο νεογνό εισήχθη σε MENN για την συστηματική παρακολούθηση των ζωτικών

ενδείξεων. Η σίτιση και η λήψη υγρών για ενυδάτωση θα πραγματοποιηθεί ενδοφλέβια ενώ η θεραπεία είναι υποστηρικτική, εστιάζοντας στην χορήγηση επιφανειοδραστικής ουσίας και διατήρηση των ηλεκτρολυτών. Πιο αναλυτικά η θεραπεία περιλαμβάνει:

- ✓ Χορήγηση οξυγόνου (βοηθητικός αερισμός με σκοπό να αποτραπεί η δημιουργία τραύματος που οδηγεί σε πνευμονική διαφυγή αέρα και που μπορεί να προκαλέσει πνευμονικό εμφύσημα και υπό τάση πνευμοθώρακα.
- ✓ Ενστάλαξη επιφανειοδραστικού παράγοντα στο αναπνευστικό σύστημα ενδοτραχειακώς.
- ✓ Χορήγηση μείγματος φωσφολιπιδίων απευθείας στους πνεύμονες.
- ✓ Διουρητικά για την αύξηση της παραγωγής ούρων και απέκκριση του επιπλέον νερού
- ✓ Κορτικοστεροειδή για τη μείωση της φλεγμονής των πνευμόνων.
- ✓ Βρογχοδιασταλτικά για τη μείωση του βρογχόσπασμου.
- ✓ Θεοφυλλίνη για να κινητοποιηθεί η αναπνοή.
- ✓ Το δέρμα και οι βλεννογόνοι επισκοπούνται συχνά και λιπαίνονται με ένα υδατοδιαλυτό λιπαντικό ώστε να εμποδιστεί οποιοσδήποτε ερεθισμός, φλεγμονή και διάτρηση.
- ✓ Το νεογέννητο να φυλάσσεται σε ένα θερμικά ουδέτερο περιβάλλον, ώστε να σταθεροποιηθεί η θερμοκρασία του σώματος στους 36,5°C.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Χαμηλό Apgar score • Ταχύπνοια • Ταχυκαρδία • Εκπνευστικός συριγμός • Κυάνωση (υποξία) • Γογγυσμός • Αναπέταση ρινικών πτερυγίων • Εισολκή θώρακος • Αναπνευστική δυσχέρεια 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση αναπνευστικής ανικανότητας • Πρόληψη επιπλοκών (πνευμοθώρακα, διάχυτες σκιάσεις, πνευμονική αιμορραγίακ.ά.) • Πρόληψη λοιμώξεων • Αποτροπή φαρμακευτικών παρενεργειών • Αντιμετώπιση συμπτωμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση & υποστήριξη γονέων • Τήρηση πρωτόκολλου MENN • Άσηπτη τεχνική (καθετηριασμός, περιποίηση νεογνού, αιμοληψίες) • Παρακολούθηση ηλεκτρονικής καταγραφής – περιγραφή λήψης ζωτικών σημείων • Ισοζύγιο υγρών &ενυδάτωση/θρέψη πρόωρου νεογνού • Πρόληψη τοξικότητας O2 και δραστικών ουσιών • Αέρια αίματος & τιμές PaO2, So2 	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη O2 με αναπνευστήρα • Χορήγηση ενδοτραχειακώς, επιφανειοδραστικού παράγοντα • Λήψη φωσφολιπιδίων • Διουρητικά • Βρογχοδιασταλτικά • Κορτικοστεροειδή • Θεοφυλλίνη • Διατήρηση θερμικά ουδέτερου περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> • Φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Έξοδος από την MENN • Πρόληψη επιπλοκών (πνευμονική αιμορραγία, Σ.Κ.Α) • Σωστή θρέψη νεογνού & ενυδάτωση

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την έννοια της προωρότητας νεογνών δηλώνεται ο τοκετός ενός εμβρύου που έχει πραγματοποιηθεί νωρίτερα από την 37^η εβδομάδα κύησης. Για να αναγνωριστεί μια κύηση φυσιολογική θα πρέπει να έχουν ολοκληρωθεί 40 εβδομάδες κυοφορίας του εμβρύου.

Επειδή δεν μπορούν να δοθούν στη Δημόσια Υγεία σαφή δεδομένα που αφορούν στην ακριβέστερη διάρκεια μιας κύησης, έχει καθιερωθεί ως αξιόπιστο και διεθνές κριτήριο Προωρότητας η τιμή του βάρους που γεννιέται το νεογνό.

Έτσι όταν το βάρος γέννησης είναι ίσο ή μικρότερο των 2500 g., ανεξάρτητα από την περίοδο κύησης, το νεογνό ονομάζεται ως πρόωρο.

Η επιβίωση των πρόωρων νεογνών επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την καλύτερη δυνατή μέθοδο του τρόπου διεξαγωγής του τοκετού, εάν είναι δηλαδή μέσω φυσιολογικού τοκετού ή δια καισαρικής τομής.

Αυτή η επιλογή γίνεται ακόμη σημαντικότερη για νεογνά που γεννιούνται με βάρος σώματος μικρότερο των 1000 g.

Ο μη φυσιολογικός πνευμονικός αερισμός, η προσβολή του νεογνού από λοιμογόνο παράγοντα, η παρουσία ενδοκρανιακής αιμορραγίας, η εμφάνιση πηκτικών διαταραχών και τέλος οποιαδήποτε χρωμοσωμική ανωμαλία αποτελούν σήμερα τις σημαντικότερες διαταραχές που όταν συμπίπτουν με την προωρότητα οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας των νεογνών.

Στον Ελλαδικό χώρο η συχνότητα εμφάνισης ενός πρόωρου τοκετού αγγίζει περίπου το 10% των συνολικών γεννήσεων ετησίως.

Σήμερα, η επιστημονική κοινότητα δεν έχει καθορίσει ένα σαφή ορισμό για την έννοια του «νεογνού υψηλού κινδύνου» καθώς οι αιτιολογικοί παράμετροι που μπορούν να «μετατρέψουν» ένα νεογνό σε νεογνό υψηλού κινδύνου είναι πολύπλοκοι και αλληλένδετοι μεταξύ τους.

Ωστόσο, αναφέρεται ότι νεογνά υψηλού κινδύνου θεωρούνται ιδίως τα πρόωρα νεογνά, τα οποία ανεξάρτητα από την εμβρυϊκή ηλικία που είχαν πριν τον τοκετό ή τις τιμές του βάρους σώματος τους, παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες από το μέσο όρο να νοσήσουν, να πυροδοτήσουν στον οργανισμό τους βλάβες – μακροχρόνιας μορφής - ή να μη καταφέρουν

να επιβιώσουν. Αντιμετωπίζουν δηλαδή, περισσότερα προβλήματα κατά την εξωμήτρια ζωή τους.

Η Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) αποτελεί «κλειστού» τύπου μονάδα περίθαλψης και φροντίδας των νεογνών, ενός νοσοκομειακού ιδρύματος, στην οποία νοσηλεύονται κατά κύριο λόγο νεογνά υψηλού κινδύνου.

Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της Δημόσιας Υγείας και κατά επέκταση των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας των Νεογνών, είναι η προσβολή ενός νεογνού από ενδονοσοκομειακό λοιμογόνο παράγοντα, οι λεγόμενες «ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις». Συνήθως τα νεογνά υψηλού κινδύνου εμφανίζουν λοιμώξεις, προερχόμενες είτε από κάποιο μικρόβιο που εντοπίζεται στο χώρο της MENN είτε από τη μικροβιακή χλωρίδα της μητέρας.

Η εισαγωγή ενός νεογνού υψηλού κινδύνου στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας και η μακροχρόνια νοσηλεία του αποτελούν ένα τραυματικό γεγονός για την οικογένεια.

Η μη αναμενομένη γέννηση ενός νεογνού, η εκδήλωση μιας νόσου στη πορεία της ανάπτυξης του, η εισαγωγή και νοσηλεία του στη MENN ή ο κίνδυνος για πιθανή κατάληξη του νεογνού αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες για πυροδότηση ψυχικών διαταραχών.

Η καθημερινή «επαφή» της οικογένειας με το άγχος, την αγωνία ή την συνεχή απογοήτευση, δημιουργούν ένα κλίμα μελαγχολίας και απελπισίας.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η μητέρα δε διανύει και τη περίοδο λοχείας, όπου προσαρμόζεται και το σώμα της πέραν της ψυχής στις νέες αλλαγές, αναμένεται πολλές φορές να «εκφράσει» χειρότερη συναισθηματική εικόνα από τον πατέρα.

Συνήθως, η μητέρα απειλείται από εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής κατά τη λοχεία και ο πατέρας από εγκατάσταση αγχώδους συμπεριφοράς και εκρήξεις θυμού.

Σήμερα, οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν πως στα πλαίσια της μέριμνας και της προετοιμασίας του νεογνού, θα πρέπει να ενταχθεί και η προετοιμασία της οικογένειας, ανεξαρτήτως του επιπέδου υγείας που παρουσιάζει το νεογνό.

Ειδικότητες πέραν του ψυχολογικού και ψυχιατρικού κλάδου, όπως το ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό και οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να παρέχουν υπηρεσίες, υποστηρικτικού/συμβουλευτικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα.

Οι γονείς που προετοιμάζονται από τα αρχικά στάδια της κύησης για συμπεριφορές και μηχανισμούς άμυνας σε θέματα που σχετίζονται με διαταραχές της κύησης, μπορούν να

διαχειριστούν αποτελεσματικότερα μια κατάσταση που το νεογνό χαρακτηρίζεται ότι διανύει περίοδο υψηλού κινδύνου επιβίωσης.

Η επιστημονική κοινότητα εστιάζει κυρίως στη συναισθηματική επαφή της μητέρας με το νεογνό, τον λεγόμενο «μητρικό δεσμό» καθώς αυτή η σχέση πλήττεται περισσότερο και έχει εντονότερες συνέπειες στην εξέλιξη της μετέπειτα υγείας του νεογνού, όταν δηλαδή αποσυρθεί από τη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας.

Ο μητρικός δεσμός είναι η συναισθηματική και ψυχική επικοινωνία μητέρας και νεογνού, μέσω πολυάριθμων αλληλεπιδράσεων, που στοχεύει στην εξασφάλιση παροχής ασφάλειας και σωστής ανατροφής ενός παιδιού.

Η επαφή των οικογενειακών μελών με το νεογνό - ιδίως της μητέρας - σε πρώιμο στάδιο, όπως και η συνέχιση της επαφής σε παρατεταμένη μορφή, προδιαθέτουν σημαντικά στοιχεία που αποδεικνύουν το πώς θα φερθεί η μητέρα και ο πατέρας στο νεογνό μετά το πέρας της νοσηλείας του.

Η φροντίδα που παρέχουν οι νοσηλευτές θα πρέπει να σχεδιάζεται για κάθε νεογνό ξεχωριστά καθώς ο κάθε ανθρώπινος οργανισμός αποτελεί μια μοναδική εξατομικευμένη παρουσία. Οι ανάγκες και τα προβλήματα σε σχέση με τους αντικειμενικούς σκοπούς επιβίωσης βρίσκονται στη πρώτη γραμμή αντιμετώπισης.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας (MENN) αποτελεί στις μέρες μας τον ακρογωνιαίο λίθο για την αποτελεσματική λειτουργία του χώρου και την μείωση των αποτυχημένων θεραπευτικών πλάνων στα νεογνά.

Η συστηματική και απαιτητική παρακολούθηση και αξιολόγηση της πορείας των πρόωρων νεογνών χρειάζεται δυναμισμό, εμπειρία, σωστή τεχνική και όλα αυτά να εφαρμόζονται με επίκεντρο την γνώση.

Θα πρέπει ο κάθε νοσηλευτής να είναι πλήρως ενημερωμένος για την φυσιολογία και την διαφορετικότητα της ανατομίας στα πρόωρα, υπολογίζοντας πάντα την ηλικία προωρότητας, τυχόν συνυπάρχουσα πάθηση και την προσβολή των νεογνών – ασθενών από λοιμογόνους παράγοντες.

Επιπλέον, η ειδίκευση του χώρου απαιτεί την κάλλιστη χρήση και γνώση των μηχανημάτων με λεπτούς χειρισμούς και την ικανότητα παρατήρησης οποιασδήποτε δυσλειτουργίας, απεικονιστικά μέσα από τα μηχανήματα, σε συνάρτηση πάντα με τον χρόνο και τις προβλεπόμενες τιμές.

Ουσιαστικά, η περίθαλψη του νεογνού από την οπτική πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού στηρίζεται στην λειτουργική ανάπτυξη του, με την αποφυγή των λοιμώξεων, την αποτελεσματική οξυγόνωση, τη σωστή θρέψη και ενυδάτωση και τέλος την αποτροπή μεταβολών της θερμοκρασίας του σώματος του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson, John, (2005), Οδηγός Εγκυμοσύνης, Εκδόσεις Τερζόπουλος, Αθήνα

Barlow, David, (2000), Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα

Benacerraf, Beryl, (2009), Υπερηχογραφία εμβρυϊκών συνδρόμων, Εκδόσεις Utoria, Αθήνα

Dobbyn, Sarah, (2009), Διατροφή και Γονιμότητα, Εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα

Edenhofer, Iris, (2010), Οδηγός Μητρότητας: Λοχεία, Εκδότης Μαλλιάρης Παιδεία, Θεσσαλονίκη

Friedrich, Jule, (2010), Οδηγός μητρότητας: Θηλασμός, Εκδότης Μαλλιάρης Α.Ε Παιδεία, Θεσσαλονίκη

Goetzman, Boyd, (2002), Εγχειρίδιο εντατικής νοσηλείας νεογνών, Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα

Levene, Malcolm, (2006), Βασικές αρχές νεογνολογίας, Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα

Lowdermilk, Deitra, (2006), Νοσηλευτική Μητρότητας, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα

Middleton, William, (2006), Υπερηχοτομογραφία, Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας, Αθήνα

Negri, Romana, (2001), Το νεογνό στη μονάδα εντατικής θεραπείας, Εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα

Netter, Frank, (2011), Βασική κλινική ανατομία, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα

Stoppard, Miriam, (2009), Σύλληψη – Εγκυμοσύνη – Τοκετός, Εκδόσεις Μίνωας, Αθήνα

Wills, Evelyn, (2013), Νοσηλευτικές Θεωρίες, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Edenhofer, Iris, (2015), Μητρότητα - Οδηγός για την νέα μητέρα, Εκδότης Μαλλιάρης Παιδεία, Αθήνα

Καλοφυσούδης, Ιωάννης, (2000), Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: Νοσηλευτικά Πρωτόκολλα και Διαδικασίες, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Κώσταλος, Χρήστος, (2008), Ηθικά Προβλήματα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογέννητων, Εκδόσεις Παιδιατρική, Αθήνα

Μπόκας, Νικόλαος, (2007), Συμβουλευτική Ψυχολογία, Εκδόσεις Οξυγόνο, Αθήνα

Μπούρας, Γεώργιος, (2011), Πρόωρη γέννηση: Ιδιαιτερότητες και δυσκολίες στην ανάπτυξη της σχέσης μητέρας – νεογνού, Εκδόσεις Σαμαρτζή, Αθήνα

Πολυχρονίδης, Ιωάννης, (2010), Δημόσια Υγεία και Υγειονομική Πολιτική, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Ραγιά, Αφροδίτη, (2009), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, 7^η Έκδοση Βελτιωμένη, Αθήνα

Σαρηγιαννίδης, Μιλτιάδης, (2013), Σύγχρονη Νομοθεσία, Εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε, Αθήνα

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=366> (Ανάκτηση υλικού στις 05/08/19)

<http://obgynth.gr/prwtokola-sth-maieutikh/7-2013-11-20-14-51-22> (Ανάκτηση υλικού στις 07/08/19)

<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/17253#page/80/mode/2up> (Ανάκτηση υλικού στις 19/08/19)

<https://www.onmed.gr/ygeia/story/340856/proora-vrefi-poia-einai-ta-pithana-provlimata-ygeias> (Ανάκτηση υλικού στις 26/08/19)

<https://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/prowrotita.html> (Ανάκτηση υλικού στις 30/08/19)

http://www.iatrikionline.gr/E_m_g_3/toketos.htm (Τελευταία πρόσβαση στις 04/09/19)

http://www.iatrikionline.gr/EL_M_4-2003/17.htm (Τελευταία πρόσβαση στις 04/09/19)

<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/prowrotita.html> (Τελευταία πρόσβαση στις 07/09/19)